



**HAL**  
open science

**Influence de la féminisation de la médecine générale face  
à l'expression des troubles de la sexualité masculine :  
enquête réalisée auprès de 21 médecins généralistes et de  
plus de 235 patients**

Caroline Jouen

► **To cite this version:**

Caroline Jouen. Influence de la féminisation de la médecine générale face à l'expression des troubles de la sexualité masculine : enquête réalisée auprès de 21 médecins généralistes et de plus de 235 patients. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01760517

**HAL Id: dumas-01760517**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01760517>**

Submitted on 6 Apr 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE  
Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année 2018

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Madame Caroline JOUEN

Née le 7 juin 1987 au Havre (76)

Présentée et soutenue publiquement le 28 février 2018

**INFLUENCE DE LA FEMINISATION DE LA MEDECINE GENERALE FACE  
A L'EXPRESSION DES TROUBLES DE LA SEXUALITE MASCULINE**

Enquête réalisée auprès de 21 médecins généralistes et de plus de 235 patients.

Président du Jury :	Professeur J.N. CORNU
Directrice de thèse :	Docteur S. RAPP
Membres du Jury :	Professeur E. MAUVIARD
	Docteur J. LADNER

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018**  
**U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Benoit VEBER**  
**Professeur Pascal JOLY**  
**Professeur Stéphane MARRET**

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Pierre <b>CZERNICHOW</b> ( <i>surnombre</i> )	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CB	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
Mr Philippe <b>DUCKETTE</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie

Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b>	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François <b>MUIR</b> ( <i>surnombre</i> )	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b> ( <i>surnombre</i> )	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image

Mr Eric <b>VERIN</b>	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b>	HCN	Virologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	HCN	Génétique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie

#### **PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication
Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b>	UFR	Anglais

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Isabelle <b>LEROUX - NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b>	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mr Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Dominique <b>DUTERTE- BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Nejla EL <b>GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia <b>LE GOFF</b>	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
M. Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Toxicologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mr Jean-François <b>HOUIVET</b>	Pharmacie officinale

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

#### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mme Anne-Sophie <b>CHAMPY</b>	Pharmacognosie
M. Jonathan <b>HEDOUIN</b>	Chimie Organique
Mme Barbara <b>LAMY-PELLETER</b>	Pharmacie Galénique

## LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX-NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### III – MEDECINE GENERALE

#### **PROFESSEUR**

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

#### **MAITRE DE CONFERENCE**

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

#### **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE**

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

#### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES**

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINE** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### **PROFESSEURS**

Mr Serguei <b>FETISSOV</b> (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### **MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine <b>OVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

### **CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR –*

*Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## Remerciements

---

*A Monsieur le Professeur Jean Nicolas CORNU,*

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Pour votre disponibilité et votre intérêt pour mon sujet de thèse qui lie nos deux spécialités., veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

*A Madame le Professeur Associé Elisabeth MAUVIARD,*

Merci de votre participation à mon jury de thèse. Pour la formation enrichissante que vous m'avez apportée durant mes études et votre accueil dans la maison de santé dont je suis très heureuse de faire partie, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

*A Monsieur le Maître de Conférences universitaires Joël LADNER,*

Merci de votre présence pour juger mon travail et de l'intérêt que vous y avez porté. Pour m'être venu en aide sur mon travail d'analyse de données statistiques par l'intermédiaire de votre interne Sorina MIHAILESCU, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

*A Madame le Docteur Sylvie RAPP,*

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, pour l'intérêt que tu as porté à mon sujet et pour le temps que tu m'as accordé. Ton aide, tes conseils et ton soutien tout au long de mon parcours ont été précieux. C'est toi qui m'a fait découvrir et aimer la médecine générale, travailler avec toi fut un réel plaisir. Je te remercie d'être présente en ce jour si important pour moi.

*Aux médecins généralistes ayant accepté de participer à mon étude,*

Merci de m'avoir aidé à la réalisation de mon travail, de vos retours et de votre confraternité.

*A Madame Sorina MIHAILESCU (interne d'épidémiologie),*

Merci de vos conseils, votre aide précieuse et votre soutien, lors de la réalisation des analyses statistiques de mes données. Je vous adresse ici mes sincères amitiés.

Aux patients,

Merci d'avoir participé à mon étude.

*A mes parents,*

Merci de m'avoir soutenue, rassurée et assistée tout au long de mes études médicales. Rien n'aurait été possible sans vous, vous avez toujours été là pour moi. Je vous aime tendrement.

*A ma petite sœur,*

Même si les 10 000 kms qui nous sépare ne t'ont pas permis d'être parmi nous en ce jour, tu as toujours été un soutien formidable pour moi. J'espère que tu seras fière de moi. Tu nous manques. Je t'envoie tout mon amour sur ton île.

*A ma marraine, mon oncle Damien et ma tante Marie-Line,*

Merci d'être venu me soutenir en ce jour si important pour moi.

*A Etienne,*

Merci pour ton soutien, ton aide durant ce travail. Merci d'avoir toujours été positif même lors de mes doutes et angoisses. Tu fais mon bonheur au quotidien, je t'aime fort.

*A mes amies d'enfance, Charlotte, Pauline, Tiffany, Blandine et Fanny*

Vous êtes des amies en or, malgré nos différents parcours nous sommes toujours restées soudées de notre plus tendre enfance jusqu'à ce jour. Merci pour tout.

*A Claire, Fabian et Emma ma filleule*

Merci d'être présents, de l'avoir toujours été depuis notre rencontre, de m'avoir fait l'honneur d'être la marraine d'Emma. Je vous adore.

*A mes amis de promotion, Juliette, Alice, Florent, Julien, Emmanuel, Michaël, Romain, Antonin et Robin*

Nous nous sommes rencontrés le premier jour d'un long parcours et avons partagé des moments extraordinaires ensemble. A la fin de ce parcours nous sommes toujours là unis avec encore pleins de beaux moments à partager qui nous attendent.

*A mes amis rencontrés durant mon parcours,*

Merci pour votre amitié, c'est un plaisir d'être une « maman » pour vous durant nos vacances ! Vous m'apportez beaucoup au quotidien.

## Liste des abréviations

---

CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

DE : dysfonction érectile

SEP : Sclérose en Plaque

AVC : Accident Ischémique Vasculaire

BMI : Body Mass Index

HBP : Hypertrophie Bénigne de Prostate

NFS : Numération Formule Sanguine

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

LH : Hormone Lutéinisante

PSA : Prostate Specific Antigen

NO : Monoxyde d'azote

AMPc : Adénosine Monophosphate Cyclique

MG : Médecin Généraliste

IPPS : International Prostate Symptom Score

IIEF-5 : International Index of Erectile Function

WONCA : World Organization of family doctors

ARS : Agence Régionale de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

DOM TOM : Départements et Territoires d'Outre-Mer

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère

CMU : Couverture Maladie Universelle

CSF : Contexte de la Sexualité en France

FMC : Formation Médicale Continue

## Table des matières

---

1	Introduction.....	19
1.1	La féminisation de la médecine générale.....	19
1.1.1	L'histoire.....	19
1.1.2	Les craintes, les préoccupations ?.....	19
1.1.3	Les femmes, l'avenir ? les nouvelles études ?.....	20
1.2	Les troubles sexuels masculins.....	22
1.2.1	Définitions.....	22
1.2.2	Les thérapeutiques.....	23
1.2.3	Le dépistage.....	30
1.2.4	Les difficultés d'expression.....	31
1.3	L'Hypothèse.....	32
1.3.1	Les résultats attendus.....	32
1.3.2	La réflexion autour du sujet.....	32
1.3.3	La question.....	32
2	Méthodes.....	33
2.1	Recherche bibliographique.....	33
2.2	Objectifs de l'étude.....	33
2.3	Matériels et méthodes.....	34
3	Résultats.....	36
3.1	Méthodes statistiques utilisées.....	38
3.2	Caractéristiques de la population étudiée.....	39
3.2.1	Age des participants.....	39
3.2.2	Catégories socio professionnelles des participants.....	41
3.2.3	Couverture sociale des patients.....	42
3.2.4	Situation conjugale des patients.....	42
3.2.5	Relation avec le médecin traitant.....	43
3.2.6	Importance du sexe du médecin.....	44
3.2.7	Aborder la sexualité.....	44
3.2.8	Les motifs pour aborder la sexualité.....	45
3.2.9	Parler de sexualité à quel interlocuteur ?.....	46
3.2.10	Demande des patients sur le sujet.....	49
4	Discussion.....	50
4.1	Les résultats principaux.....	50

4.1.1	L'impact de la féminisation de la médecine générale sur le traitement des troubles sexuels masculins .....	50
4.1.2	La vision des patients sur la prise en charge des troubles sexuels masculins par le système de santé.....	50
4.2	Les biais .....	51
4.2.1	Biais de sélection .....	51
4.2.2	Les biais de compréhension .....	52
4.2.3	Les biais de suivi .....	53
4.2.4	Les biais de statistiques .....	53
4.3	Discussion des résultats et comparaisons avec d'autres études .....	55
4.3.1	La prise en charge des troubles sexuels : un sujet délicat .....	55
4.3.2	Le vécu des médecins généralistes face aux troubles des patients .....	55
4.3.3	Le point de vue des patients .....	56
4.3.4	Le couple médecin femme /patient homme, face aux troubles sexuels, frein ou avantage ? .....	57
4.4	Ouverture du sujet .....	58
4.5	Conclusion .....	59
5	BIBLIOGRAPHIE.....	60
6	ANNEXES.....	63

## Table des figures et tableaux

---

Figure 1- Schéma des Étiologies de la dysfonction érectile : représentation synthétique (15).....	23
Figure 2 – Schéma d’illustration de la technique de l’injection intra-caverneuse.....	25
Figure 3- Schéma de principe présentant la mise en œuvre des prostaglandines intra-urétrales.....	26
Figure 4- Schéma de principe d'utilisation d'un vacuum .....	26
Figure 5 - Schéma de présentation d'un implant pénien malléable .....	27
Figure 6 - Schéma de présentation d'un implant pénien gonflable (17).....	27
Figure 7 - Schéma de principe pour la prise en charge d'un patient présentant une dysfonction érectile par un médecin généraliste.....	28
Figure 8 – Résultats du questionnaire : répartition par sexe des médecins sur l’ensemble de l’échantillon.....	36
Figure 9- Résultats du questionnaire : Répartition territoriale.....	37
Figure 10 - Cartes des territoires de santé en Seine-Maritime et dans l'Eure .....	37
Figure 11 - Résultats du questionnaire : Répartition des patients par tranche d'âge .....	39
Figure 12 - Résultats du questionnaire : comparaison de l'échantillon par tranche d'âge avec la répartition de la population française.....	39
Figure 13 - Résultats du questionnaire : répartition des patients par catégorie professionnelle .....	41
Figure 14 -Résultats du questionnaire : Résultats des patients par type de couverture sociale.....	42
Figure 15 -Résultats du questionnaire : situation conjugale des patients .....	42
Figure 16 -Résultats du questionnaire : pourcentage de patient ayant un médecin traitant .....	43
Figure 17 -Résultats du questionnaire : ancienneté de la relation avec le médecin traitant .....	43
Figure 18 -Résultats du questionnaire : genre des médecins .....	44
Figure 19 -Résultats du questionnaire : taux de patient ayant parlé de sexualité avec leur médecin traitant.....	44
Figure 20 -Résultats du questionnaire : Les motifs pour échanger sur la sexualité lors d’une consultation.....	45
Figure 21 -Résultats du questionnaire : le médecin doit -il aborder le sujet avec son patient ?.....	46
Figure 22 -Résultats du questionnaire : Influence du sexe du médecin sur l’évocation des troubles sexuels.....	47
Figure 23- Résultats du questionnaire : Synthèse des résultats de la question 15 du questionnaire servant aux calculs.....	48
Figure 24 -Résultats du questionnaire : L’information du patient par son médecin, sur les troubles sexuels, est-elle suffisante ?.....	49
Figure 25 (idem Figure 12) - Résultats du questionnaire : comparaison de l'échantillon par tranche d'âge avec la répartition de la population française.....	51
Figure 26 -Tableau du nombre de questionnaires rempli par les médecins de l’étude, avec sa localité et son genre.....	53

# 1 Introduction

## 1.1 La féminisation de la médecine générale

### 1.1.1 L'histoire

Dans l'histoire de l'Égypte ancienne, on cite deux femmes importantes dans le monde de la médecine : Méryt-Ptah (2700 av J.-C.) et Peseshet (2700 av J.-C.) qui serait la première femme médecin connue au monde.(1)

Dans l'antiquité les femmes sont présentes dans le monde de la médecine, comme notamment Agnodice, la première femme médecin à pratiquer légalement la médecine en 350 av. J.-C. à Athènes en tant que gynécologue mais déguisée en homme. Lorsque celle-ci fut découverte, grâce à la défense de ses patientes, elle fut acquittée et autorisée à pratiquer la médecine sous son vrai visage.

Les femmes jusqu'au XIX siècle avaient surtout un rôle d'assistante ou de sage-femme, de guérisseuse.

En France, on note Magistra Hersend (1249-1259) chirurgienne qui a accompagné Louis IX en croisade. Au XIVe siècle à Marseille une femme enseigne et pratique la médecine : Sarah de Saint-Gilles. Ensuite par décret de 1270 de l'université de l'Ancien régime, les femmes eurent interdiction d'exercer la médecine mais ce décret n'entra réellement en application qu'un siècle plus tard lors du procès de Jacqueline Félicie de Almania.

Il fallut attendre l'arrivée en France du Dr Madeleine Brès, diplômée en 1875 de la faculté de médecine de Paris, pour que les femmes puissent s'inscrire en faculté de médecine et apprendre de nouveau la pratique médicale à l'égal des hommes.

En 1886, les femmes sont autorisées à se présenter au concours de l'internat (Blanche Edwards et Auguste Klumpke). (2)

Progressivement le nombre de médecins femmes augmentent, la démographie médicale se modifie, les mœurs changent.

Actuellement la féminisation se poursuit, les femmes représentent 47 % des médecins en activité régulière contre 38 % en 2007(données d'octobre 2017). (3)

Ce processus de féminisation questionne les représentants de la profession. La croissance de la population féminine parmi les médecins va-t-elle conduire à modifier les pratiques professionnelles et l'offre de service aux patients et si oui, dans quel sens ?

### 1.1.2 Les craintes, les préoccupations ?

Elles sont aussi nombreuses de la part des patients que de la part de nos consœurs et confrères.

« *La femme doctoresse est une de ces herbes folles qui ont envahi la flore de la société moderne* » Pr Feissinger, la Médecine Moderne. (4)

Raymond Soubie, dans un rapport publié par la CNAM en février 2003, dit qu' « une féminisation croissante du corps médical tend à ralentir la croissance de l'activité moyenne » et que « ce qui ralentit la féminisation du corps médical ne favorise pas la maîtrise de l'activité ».(5)

Elles sont en parties liées au fait que traditionnellement, la femme représente la maternité alors que le médecin a plutôt une représentation paternaliste.

Par ailleurs, la durée des études de médecine suivies d'un exercice professionnel chronophage ne correspondent pas au rôle de la femme épouse et mère traditionnellement représentée dans le passé.

Les études montrent effectivement qu'elles font moins de consultations par semaine que les hommes tout âge confondu, qu'elles se tournent plus vers un exercice de groupe en maison de santé, qu'elles choisissent un exercice salarié plutôt que libéral pour pouvoir concilier vie de famille et vie professionnelle.(6)

Elles sont souvent amenées à s'installer dans des zones où existe une offre d'emploi pour leur conjoint, où leurs enfants auront accès facilement à l'école et aux activités de loisirs en particulier sportives donc plutôt dans des territoires bien équipés, ce qui contribue encore plus à la désertification des autres zones.(7) (8)

La féminisation du corps médical est souvent accusée de provoquer une baisse du temps médical mais avec l'arrivée des 35 heures le modèle social s'est trouvé bouleversé et Homme ou Femme de la nouvelle génération aspire à une meilleure qualité de vie. (6)

« Il semble que l'on puisse repérer, dans les discours des futurs ou jeunes médecins, des signes de ce virage qui témoigne d'un bouleversement d'une identité professionnelle de genre, dans les deux sens : un métier qui perd son identité masculine en même temps qu'il se féminise. »(9) Hardy-Dubernet Anne Chantal.

Enfin on peut attribuer la pénurie actuelle de médecins généralistes à la politique de réduction de l'offre de soins mise en place dans les années 90 (avec une limitation drastique du nombre de médecins formés qui descendra à 3500 en 1993) plutôt qu'à la féminisation de la profession. (5)

En diminuant l'offre de soins, les pouvoirs publics espéraient diminuer les coûts de santé mais ils n'ont pas anticipé les changements sociétaux.

### 1.1.3 Les femmes, l'avenir ? les nouvelles études ?

Le mode d'exercice change mais il y a de nombreuses choses bénéfiques :

- L'image maternelle associée à la femme permet aux patients de se sentir plus écoutés, plus entendus, rassurés et protégés.
- Le temps accordé à chaque consultation est souvent plus long pour une meilleure prise en charge globale du patient.
- Selon les études elles sont plus perfectionnistes et consciencieuses, plus modernes, plus abordables, plus proches des patients, plus décontractées, moins impressionnantes, plus chaleureuses, moins guindées, plus humbles, moins élitistes, « comme tout le monde ». (7)
- Leur choix préférentiel d'exercice en groupe permet une meilleure diversité dans les pratiques, d'avoir du temps pour les formations continues et l'apprentissage de nouvelles pratiques, de remettre en cause les diagnostics pour s'orienter vers de nouvelles pistes etc.... (10)

Cependant ces nouveaux modes d'exercice ne sont pas uniquement liés à la féminisation. Il y a un changement profond des études de médecine, ainsi qu'une évolution de la société. (11)

Les jeunes médecins hommes ont aussi les mêmes modes d'exercices, souhaitent aussi plus de temps libre pour leur vie de famille et avoir un rôle plus présent auprès de leurs enfants.

## 1.2 Les troubles sexuels masculins

### 1.2.1 Définitions

La santé sexuelle est définie par l'OMS depuis 2002 comme :

« Un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence.

Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés.

La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction.

La sexualité est vécue sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément.

La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »(12)

Selon le DSM -IV en psychiatrie on distingue :

- Les dysfonctions sexuelles : troubles du désir, troubles de l'excitation, troubles de l'orgasme, troubles avec douleurs, troubles liés à une affection médicale générale ;
- Les paraphilies ;
- Les troubles de l'identité sexuelle (transsexualisme).

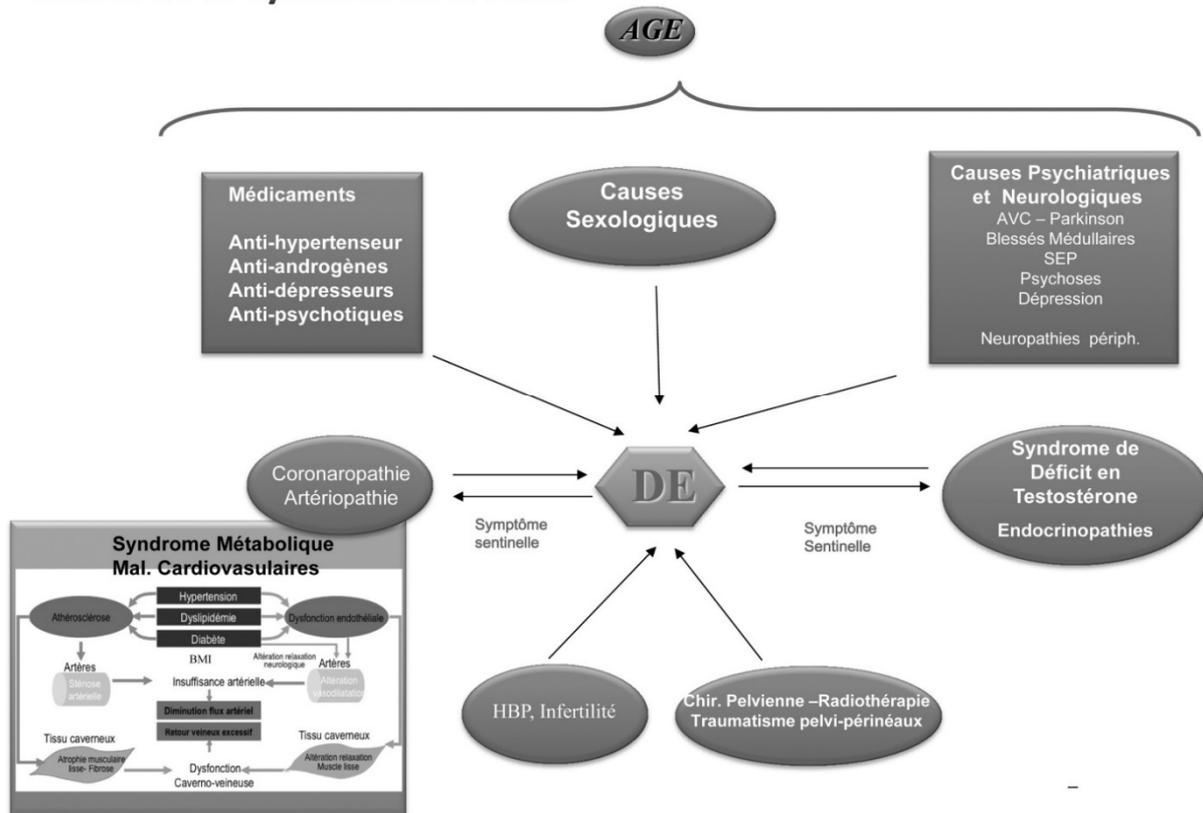
La sexualité normale se divise en 5 phases : désir, excitation, plateau, orgasme, résolution.

Chaque phase peut être sujette à un dysfonctionnement :

- Baisse de la libido ou du désir (dépression, iatrogénie médicamenteuse, andropause, stress, maladie chronique comme la Sclérose en plaque, le diabète ...) ;
- Troubles de l'érection : incapacité d'obtenir et /ou de maintenir une érection pour une activité sexuelle satisfaisante pendant au moins 3 mois. Cela concerne 1/3 des hommes après 40 ans, à noter aussi que 70% des couples ont une sexualité à 70 ans. (13) (14) L'âge serait donc un facteur de risque indépendant.

Les troubles de l'érection sont surtout liés aux maladies cardio-vasculaires, au diabète, à l'hypertension, à l'hypercholestérolémie, à l'obésité, à la iatrogénie. Ils peuvent être psychogènes ou psychiatriques, neurologiques, secondaires à une chirurgie pelvienne ou un traumatisme pelvien, hormonaux, liés à une hypertrophie bénigne de prostate ou en rapport avec une addiction : alcool, tabac et drogues.

## Causes de la dysfonction érectile



**Figure 1- Schéma des Étiologies de la dysfonction érectile : représentation synthétique (15)**

- Troubles de l'éjaculation :
  - Prématurée : éjaculation dans les 3 premières minutes après la pénétration avec des conséquences personnelles négatives. C'est une caractéristique comportementale, pas une dysfonction physiologique.
  - L'absence d'éjaculation ou rétrograde peut être liée à une chirurgie de prostate, une cause médicamenteuse, psychogène, le diabète, (neuropathie végétative), une blessure médullaire, la sclérose en plaque, la mucoviscidose.
  - Douleur : prostatite ou syndrome pelvien chronique. (13) (16)

### 1.2.2 Les thérapeutiques

Avant de mettre en place un traitement de la dysfonction érectile, il convient de toujours en rechercher la cause :

- Psychogène (histoire du couple) ;
- Iatrogène ;
- Maladie cardiovasculaire ;
- Le diabète ;
- Antécédents de chirurgie pelvienne ;
- Suspicion hypertrophie bénigne de prostate ou de cancer de prostate ;
- Neuropathie.

La caractériser :

- Primaire ou secondaire ;
- Inaugurale ou réactionnelle ;
- Brutale ou progressive ;
- Permanente ou situationnelle (en fonction du partenaire) ;
- Érections spontanées toujours présentes.

Il faut également rechercher le retentissement sur la qualité de vie, faire un examen clinique complet (urologique, neurologique et cardiovasculaire).

Les examens complémentaires initiaux indiqués avant une prise en charge sont :

- Un bilan sanguin=métabolique (glycémie à jeun, bilan lipidique) s'il n'y en a pas eu dans les 12 mois précédents.
- NFS, ionogramme, créatinémie, bilan hépatique s'il n'y en a pas eu depuis 5 ans.
- La recherche d'un déficit androgénique biologique chez les patients avec facteurs de risque (diabète, insuffisance rénale chronique, le SIDA, une corticothérapie au long cours, des antécédents de chirurgie herniaire, de cryptorchidie opérée, de cure de varicocèle ou d'orchidectomie...) ou en cas de signes cliniques évocateurs=> dosage de la testostéronémie biodisponible entre 8h et 11H du matin.

Si le dosage est bas faire une deuxième détermination associée au dosage de la LH.

Le dosage de la prolactinémie est justifié si taux très bas de testostérone et selon l'orientation clinique même si les adénomes hypophysaires sont rares.

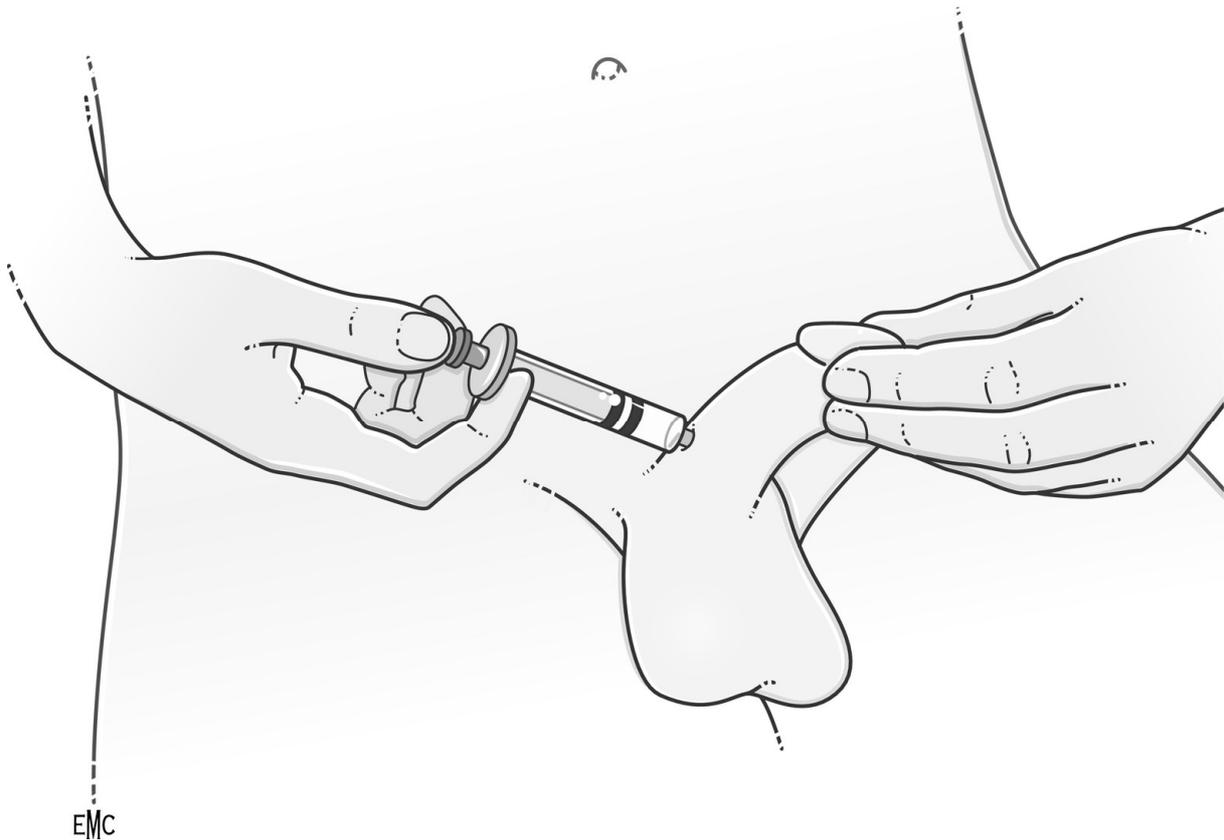
- PSA, à partir de 50 ans et 45 ans si antécédents familiaux.
- Un doppler des artères pelviennes et péniens est recommandé uniquement en cas d'échec du traitement oral couplé à un doppler des gros troncs et axes périphériques.
- Un test ischémie : préconisé si présence d'une dysfonction érectile associée à 3 facteurs de risques cardio-vasculaires car il existe un lien entre la sévérité de celle-ci et les affections cardio-vasculaires.

Plusieurs traitements peuvent être mis en place par le médecin généraliste :

- Par voie médicamenteuse : inhibiteurs de la phosphodiésterase de type 5 en première intention qui favorisent la myorelaxation caverneuse (qualité et durée du remplissage des corps érectiles) (non remboursé de 1 euros à 12 euros par comprimé) tel que :
  - Le sildénafil (viagra 25, 50 et 100 mg) à prendre à la demande au moins 30 min avant le rapport (efficace 6 à 10 heures) ;
  - Le tadalafil (Cialis 10 et 20mg) à prendre à la demande au moins une heure avant les rapports (efficace 36 à 48 heures) ou quotidien à la dose de 5 mg /j ;
  - Le vardénafil (Levitra 10 et 20 mg) à la demande 30 min avant les rapports (efficace 6 à 10 heures) ;
  - L'avanafyl (Spedra) à la demande 15 min avant les rapports (efficace 6 à 10 heures).

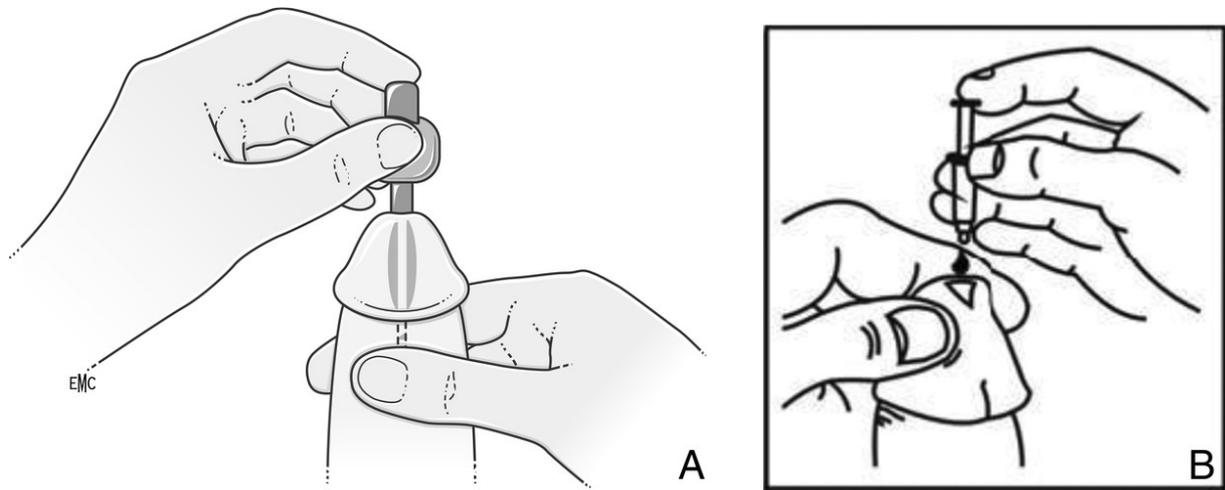
Attention ces traitements sont contre-indiqués s'ils sont associés à une prise de dérivés nitrés et de médicaments donneurs de NO. Le risque est alors de développer une hypotension pouvant être mortelle chez un coronarien. Un avis cardiologique est nécessaire en cas de pathologie cardio-vasculaire sévère.

- Par des injections intra caverneuses, stimulation des récepteurs intra-caverneux qui provoque une relaxation du muscle lisse par augmentation de la concentration d'AMPC. Il s'agit des prostaglandines (CAVERJECT). Elles ne sont pas toujours faciles à mettre en place par le médecin généraliste puisque la première injection doit se faire au cabinet en sa présence et ont des effets secondaires non négligeables (douleur de l'injection, hématome au point de ponction, priapisme, fibrose localisée des corps caverneux). Elles sont remboursées par la sécurité sociale dans certaines indications : paraplégie, tétraplégie, traumatisme du bassin avec troubles urinaires, séquelles de chirurgie, séquelles de radiothérapie, séquelles de priapisme, neuropathie diabétique avérée, sclérose en plaque.



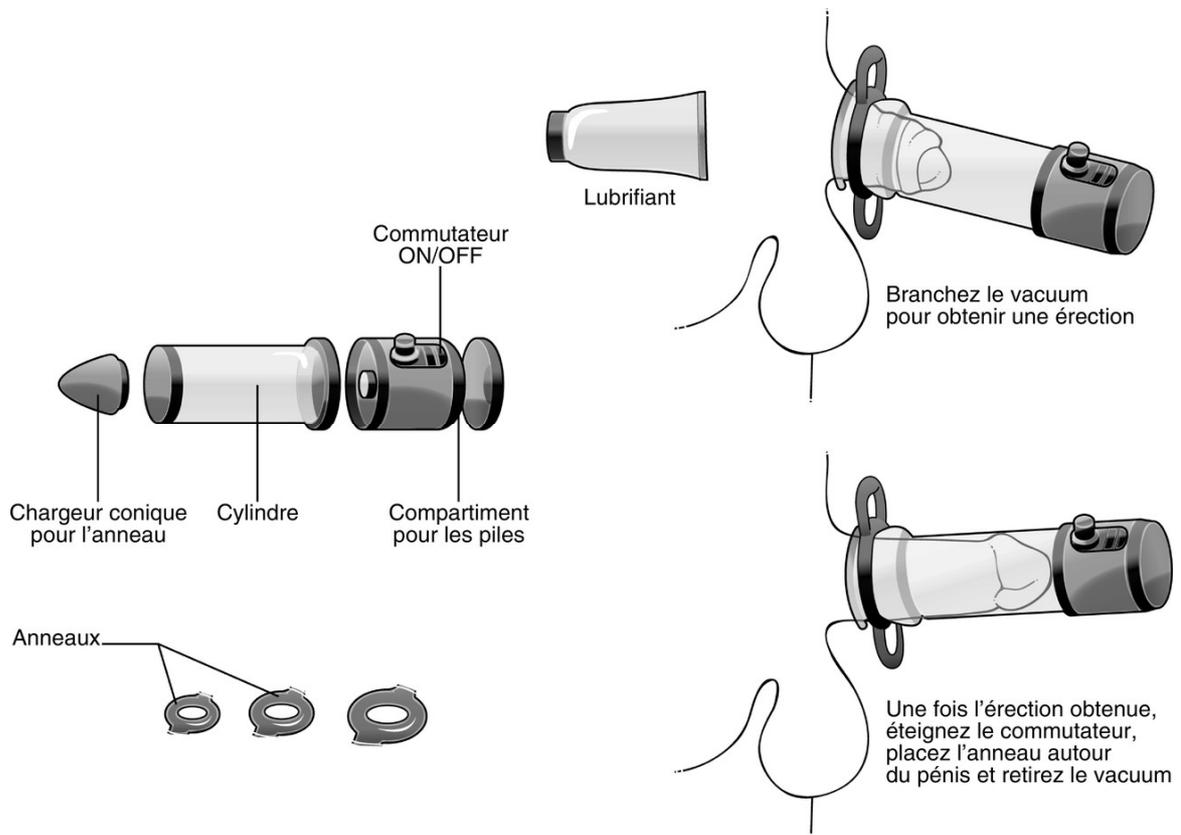
***Figure 2 – Schéma d'illustration de la technique de l'injection intra-caverneuse***

- Par l'instillation de prostaglandines intra urétrales : plus faciles à mettre en œuvre, ces prostaglandines MUSE (A) et VITAROS (B) sont également remboursées selon les mêmes modalités que les injections intra-caverneuses.



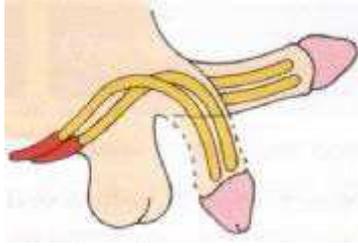
**Figure 3- Schéma de principe présentant la mise en œuvre des prostaglandines intra-urétrales**

- Par l'utilisation d'un VACUUM : cette technique mécanique ou électrique ne bénéficie pas de remboursement par la sécurité sociale et présente un coût élevé (250 à 400 euros).



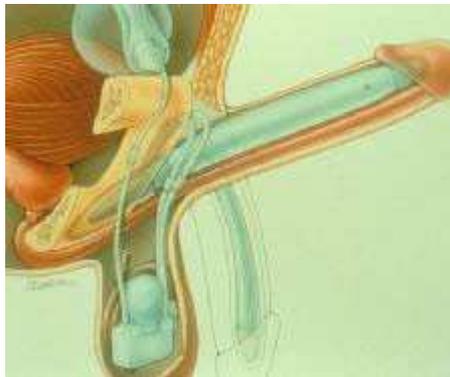
**Figure 4- Schéma de principe d'utilisation d'un vacuum**

- Par chirurgie avec la pose d'implants péniers. Cette technique reste bien sûr de la compétence de l'urologue. Plusieurs solutions sont envisageables :
  - L'implant malléable en silicone (l'implant conserve la forme qu'on lui donne).



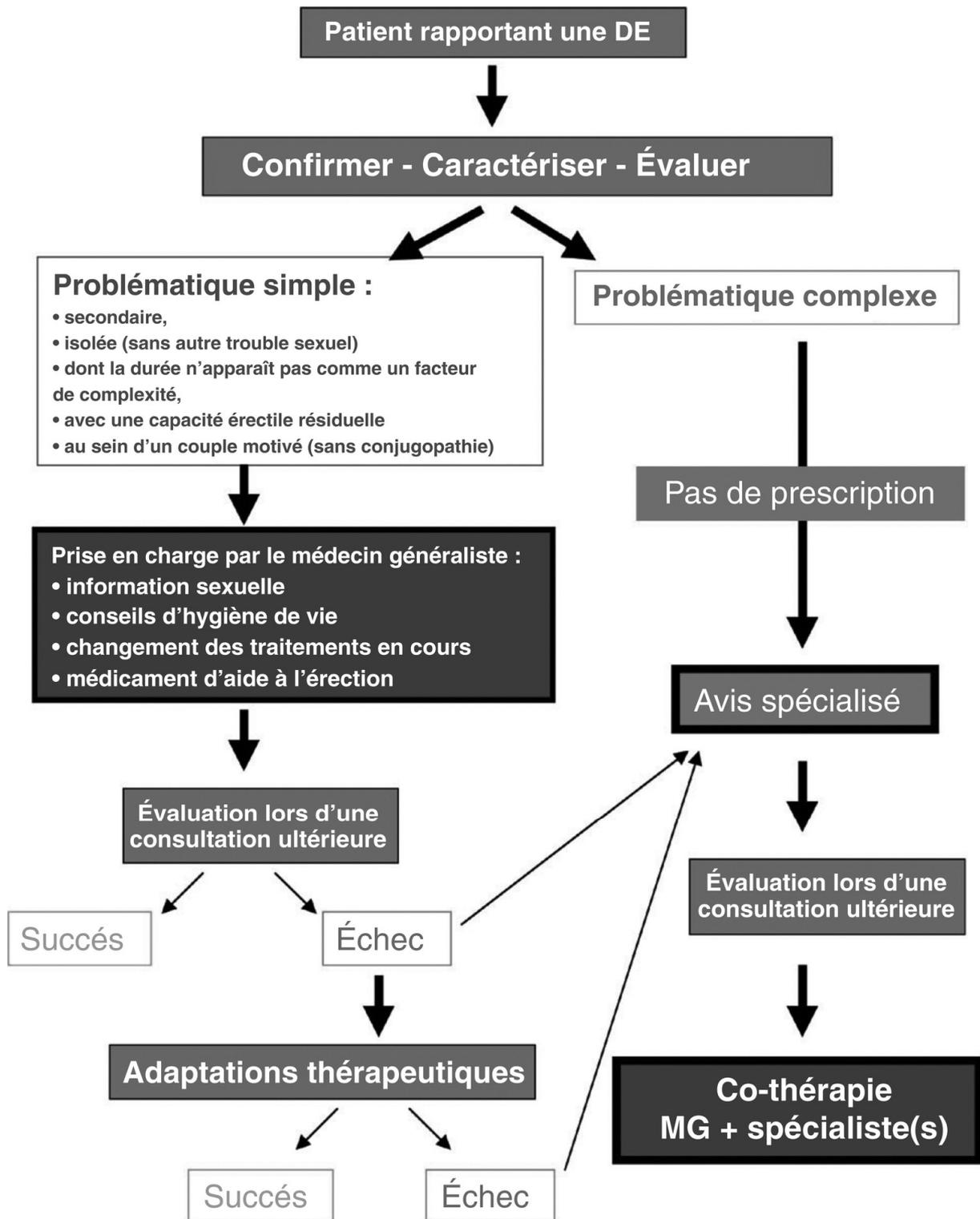
**Figure 5 - Schéma de présentation d'un implant pénien malléable**

- L'implant gonflable à 3 compartiments (plus proche de la sensation naturelle).



**Figure 6 - Schéma de présentation d'un implant pénien gonflable (17)**

Prise en charge en médecine générale de la dysfonction érectile :



*Figure 7 - Schéma de principe pour la prise en charge d'un patient présentant une dysfonction érectile par un médecin généraliste*

Par ailleurs, dans le cadre du traitement de l'éjaculation précoce le médecin généraliste peut recourir à :

- L'utilisation du traitement médicamenteux : le PRILIGY (dapoxétine) a fait ses preuves dans ce domaine.

La psychothérapie : elle relève de la psychologue voire d'un psychiatre.(16) (18)

### 1.2.3 Le dépistage

Le dépistage de la dysfonction érectile chez les patients permet de mettre en avant d'autres pathologies (maladie cardio vasculaire, diabète, cancer de prostate, iatrogénie, stress, anxiété, etc...)

C'est donc pour cela qu'il est intéressant de prendre en compte la santé sexuelle de son patient en abordant pudiquement le sujet, même lors d'une consultation de suivi. Cela peut par exemple survenir au travers de questions sur d'éventuels symptômes urinaires (score IPPS en annexe 4).

Lorsque le patient aborde lui-même le sujet, il existe également des questionnaires visant à évaluer la sévérité des troubles : (19)

#### IIEF -5

Ce questionnaire permet d'évaluer votre fonction sexuelle au cours des 6 derniers mois :

Au cours des six derniers mois :

I. A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

1. Pas sûr du tout
2. Pas très sûr
3. Moyennement sûr
4. Sûr
5. Très sûr

II. Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?

0. Je n'ai pas été stimulé sexuellement
1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

III. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire ?

0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

IV. Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?

0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
1. Extrêmement difficile
2. Très difficile
3. Difficile
4. Un peu difficile
5. Pas difficile

V. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?

0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

Interprétation : Trouble de l'érection sévère (score de 5 à 10), modéré (11 à 15), léger (16 à 20), fonction érectile normale (21 à 25) et non interprétable (1 à 4).

#### 1.2.4 Les difficultés d'expression

Même si la société évolue et que la sexualité est un sujet plus ou moins assumé et libéré, selon les époques et l'âge de la population, il peut être difficile d'aborder le sujet avec son médecin pour différentes raisons :

- La peur du jugement ;
- La peur de l'incompréhension ;
- La pudeur ;
- La religion et la culture ;
- Le doute sur les compétences de son médecin en termes de sexualité ;
- La considération que la situation est normale et liée au vieillissement. (20) (21)

De même, le médecin peut se retrouver en difficulté pour divers motifs :

- Le manque de formation ;
- Le fait d'être mal à l'aise avec le sujet ;
- La crainte d'être trop intrusif avec son patient ;
- L'absence de remboursement de certains traitements ;
- La question de la légitimité du médecin traitant dans ce domaine ;
- Le manque de temps en consultation (24) ;

Pourtant, il s'agit de compétences du médecin généraliste attribuées par la WONCA (organisation mondiale des médecins généralistes).

En tant qu'acteurs de premiers recours, les médecins généralistes doivent répondre aux « problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ». (22) (23)

## 1.3 L'Hypothèse

### 1.3.1 Les résultats attendus

Notre étude cherche à montrer que la féminisation de la profession n'influence pas les patients pour aborder le sujet des troubles sexuels avec leur médecin. Le but de cette étude est d'établir que le plus important pour le patient est d'avoir une relation de confiance avec son médecin traitant pour pouvoir parler librement avec lui de ses troubles sexuels. Le sexe du médecin devrait avoir une influence limitée et par ailleurs le médecin est tenu au secret, il doit être bienveillant auprès de son patient et ne pas porter de jugement sur les propos et troubles rapportés par ce dernier.

Les résultats nous permettront aussi de pouvoir apprécier la connaissance des patients sur la prise en charge des troubles sexuels et de proposer d'éventuelles améliorations au besoin des outils d'informations.

### 1.3.2 La réflexion autour du sujet

C'est lors d'une consultation en stage de médecine générale, seule face à un patient homme qui venait exprimer ses troubles, que la réflexion autour du sujet s'est mise en place.

Le patient en question ne fut pas gêné d'en parler avec un médecin femme et il m'a même confié préférer avoir à faire à une femme pour éviter le sentiment de « compétitivité masculine » (sic).

Au décours de cette consultation, le sujet a commencé à se construire, je me suis alors intéressée d'une part à ce qu'implique les changements de démographie médicale en médecine générale et d'autre part à un sujet parfois tabou et finalement peu abordé en médecine générale : les troubles sexuels masculins.

### 1.3.3 La question

**La féminisation de la médecine générale influence-t-elle l'expression des troubles sexuels masculins ?**

## 2 Méthodes

### 2.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée en langues française et anglaise à partir des :

- Bases de données internautes :
  - Medline (site de la National Library of Medicine) ;
  - CISMEF (catalogue et Index des Sites Médicaux de la langue Française) ;
  - SUDOC (Service de Documentation Universitaire) ;
  - Cochrane (bibliothèque avec plusieurs bases de données, spécialisées en médecine et santé) ;
  - PubMed (moteur de recherche de données bibliographiques).
- Sites officiels :
  - INSEE ;
  - ARS ;
  - Conseil national de l'ordre des médecins ;
  - INPES ;
  - OMS ;
  - Urofrance.
- Moteur de recherche de type Google ;
- Littérature grise :
  - Bibliographies des articles collectés ;
  - Thèses et mémoires.

Les recherches ont été principalement réalisées à partir des mots clés suivants : « Médecin généraliste » - « féminisation » - « femme médecin » - « sexualité » - « hommes » - « troubles sexuels » - « troubles de l'érection ».

Ces derniers ont été déterminés à partir de mots clés de référence intitulés mots MeSH (Medical Subject Heading) pour réaliser des recherches dans PubMed.

### 2.2 Objectifs de l'étude

Ce travail avait pour objectif d'étudier l'impact de la féminisation en médecine générale dans la relation médecin patient sur un sujet parfois délicat : les troubles sexuels masculins, d'apprécier si le sexe du médecin jouait un rôle auprès des patients pour aborder le sujet en consultation.

Il permettait également de savoir si les patients préféraient en parler à une personne de confiance, en la personne de leur médecin traitant ou plutôt à un médecin remplaçant. Il devait permettre d'évaluer, du point de vue des patients, leur ressenti quant aux compétences de leur médecin sur le sujet.

Pour terminer, il s'agissait de mesurer l'importance qu'attribue les patients à leur sexualité et à la prise en charge de leurs troubles sexuels.

## 2.3 Matériels et méthodes

Nous avons proposé une étude quantitative observationnelle, descriptive et transversale réalisée à partir d'un questionnaire anonyme destiné aux patients hommes, majeurs, sans déficience intellectuelle, réalisé dans des cabinets de médecine générale.

La première partie du questionnaire regroupait les caractéristiques socio-professionnelles du patient (âge, profession, couverture sociale, situation conjugale) et la relation avec son médecin ainsi que le sexe du médecin traitant.

La deuxième partie du questionnaire s'intéressait à l'évocation du sujet de la sexualité avec son médecin. Elle devait déterminer, si le sujet avait été évoqué, la gêne ressentie lors de la discussion.

La troisième partie du questionnaire répondait à l'objectif principal de l'étude, c'est-à-dire : savoir si le patient préfère évoquer le sujet avec un médecin homme ou femme ou s'il n'y attache pas d'importance. Elle évaluait également s'il préférerait en discuter avec son médecin habituel ou occasionnel.

Enfin la dernière partie regroupait les avis des patients sur le sujet ainsi que leurs connaissances sur les traitements et les campagnes d'informations existantes (site web, campagne publicitaire...)

Les questionnaires ont été regroupés par pochette de 10 contenant une fiche explicative. Ces supports ont été remis aux médecins généralistes de différents cabinets de médecine générale en Normandie orientale (anciennement haute Normandie).

Les cabinets des médecins ayant participé se situent à :

- Rouen Rive droite ;
- Grand Quevilly ;
- Le Havre (Harfleur et Fontaine la Mallet) ;
- Pont de l'arche ;
- Gruchet le Valasse ;
- Neufchâtel en Bray.

Les médecins ont été contactés soit par rencontre directement au cabinet avec explication du sujet et distribution des questionnaires soit par téléphone. Dans ce dernier cas, les questionnaires étaient ensuite déposés au secrétariat ou envoyés par mail.

La plupart des médecins sollicités ont été favorables à la réalisation de cette étude auprès de leurs patients à l'aide du questionnaire anonyme. Le questionnaire nécessitait 2 à 3 minutes pour être rempli par le patient.

Chaque médecin avait la possibilité de faire remplir le questionnaire par son patient :

- Soit en fin de consultation lors de la réalisation de l'ordonnance ou du passage de la carte vitale (le remplissage du questionnaire ne prenait pas beaucoup de temps pour faciliter sa réalisation en fin de consultation et ainsi obtenir la récupération immédiate des questionnaires pour limiter les perdus de vue) ;
- Soit en salle d'attente, les patients pouvaient alors le déposer une fois rempli au secrétariat.

Pour éviter les biais de sélection, il a été conseillé de faire remplir environ 2 à 3 questionnaires par jour aux premiers patients hommes majeurs vus dans la journée et sans déficience.

La période de distribution/recueil des questionnaires a eu lieu d'octobre 2016 à octobre 2017.

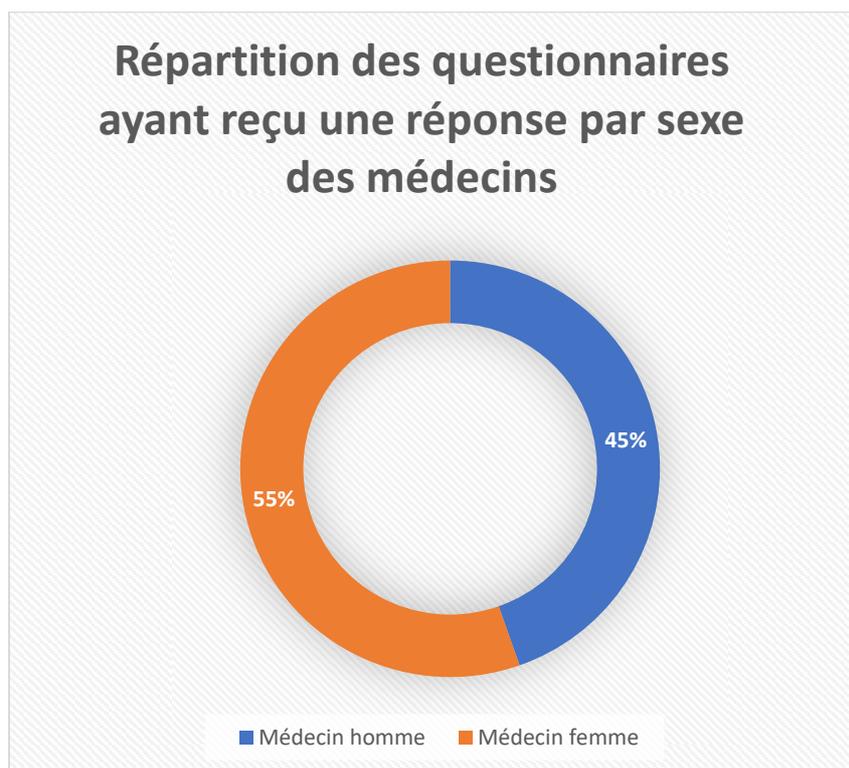
Une fois les questionnaires recueillis, les réponses ont été saisies dans un tableau Excel pour traitement.

Le nombre de questionnaires recueillis étaient de 177 sur 235 questionnaires distribués.

### 3 Résultats

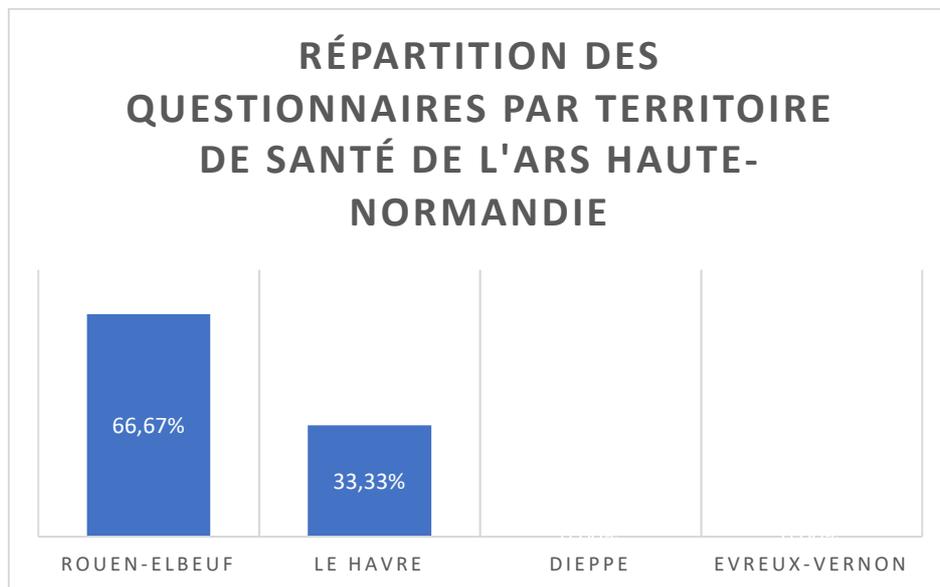
Les questionnaires ont été donnés à 21 médecins généralistes volontaires de la Seine Maritime et de l'Eure (11 hommes et 10 femmes). Au total 177 questionnaires exploitables ont été récupérés sur 235 distribués soit un taux de réponse de 72,38%.

Le taux de participations des médecins femmes était légèrement plus élevé que celui des médecins hommes (55,37% contre 44,63%).

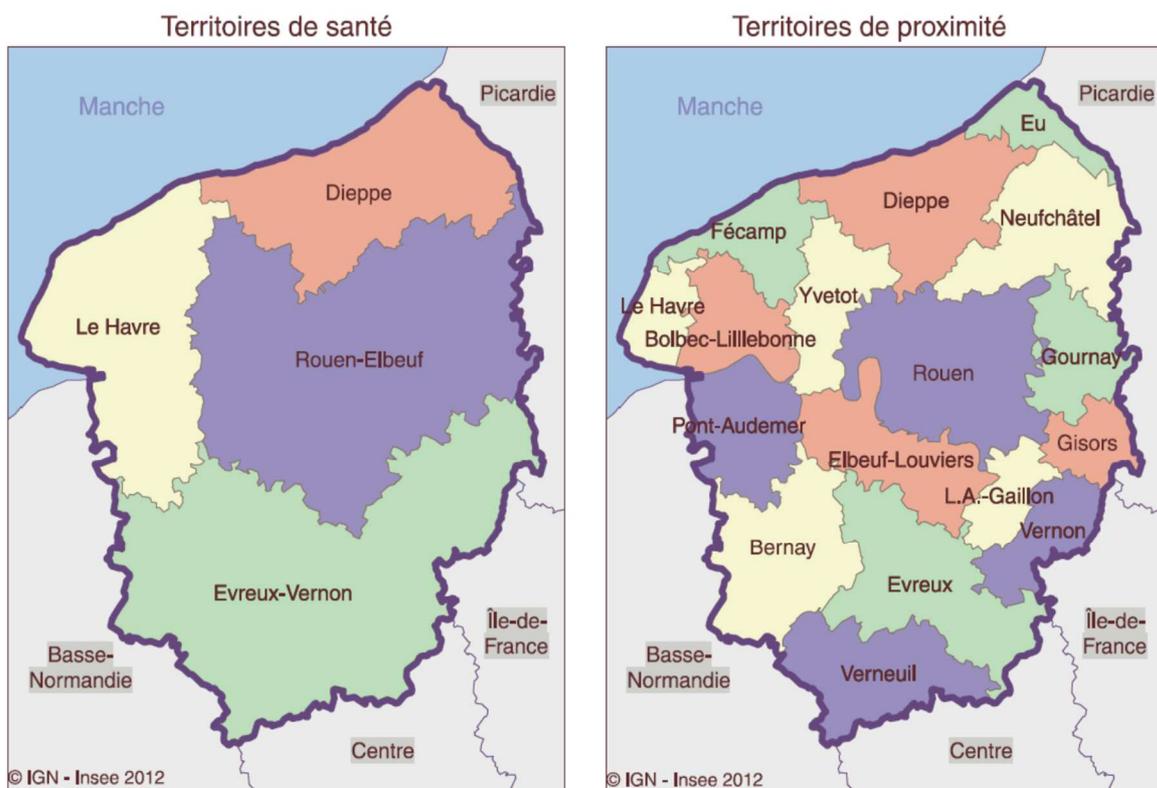


***Figure 8 – Résultats du questionnaire : répartition par sexe des médecins sur l'ensemble de l'échantillon***

Selon les territoires de santé de l'ARS les deux tiers (66,67%) des questionnaires ont été remplis sur le territoire ROUEN ELBEUF et l'autre tiers (33,33%) sur le territoire du Havre.(25)



**Figure 9- Résultats du questionnaire : Répartition territoriale**



**Figure 10 - Cartes des territoires de santé en Seine-Maritime et dans l'Eure**

### 3.1 Méthodes statistiques utilisées

Nous avons décidé de traiter les résultats de manière descriptive. Pour aller plus loin dans nos calculs statistiques, il aurait fallu un échantillon de population beaucoup plus grand pour pouvoir avoir des résultats significatifs non obtenus par un simple hasard.

Si l'on avait voulu tester nos 19 variables (questions) pour faire des comparaisons entre les 2 groupes de médecins hommes et femmes, il aurait fallu utiliser la correction de Bonferroni pour diviser le risque alpha de 5 % par le nombre de variable mais cela n'était pas réalisable avec la taille de l'échantillon obtenu.

#### « Définition : Ajustement de Bonferroni

*Lorsque vous réalisez de multiples tests de significativité statistique sur les mêmes données, l'ajustement de Bonferroni peut être appliqué pour qu'il soit plus "difficile" à ces tests d'être statistiquement significatifs. Par exemple, lorsque vous étudiez les coefficients de corrélation multiple d'une matrice de corrélation, il peut être inapproprié d'accepter et d'interpréter les corrélations statistiquement significatives au niveau 0,05, étant donné que vous effectuez de multiples tests. Précisément, c'est la probabilité d'erreur alpha d'accepter en se trompant le coefficient de corrélation observé comme non-égal-à-zéro alors que le fait (dans la population) qu'il soit égal à zéro peut être supérieur à 0,05 dans ce cas.*

*L'ajustement de Bonferroni est en général effectué en rapportant le niveau alpha (généralement fixé à 0,05, 0,01, etc.) au nombre de tests effectués. Par exemple, supposez que vous réalisez des tests multiples des corrélations individuelles à partir de la même matrice de corrélation. Le niveau de significativité ajusté de Bonferroni pour chacune des corrélations serait :*

$$\frac{0.5}{5} = 0.01$$

*Chaque test ayant des résultats avec une valeur p inférieure à 0,01 est considéré comme statistiquement significatif ; les corrélations avec une valeur de probabilité supérieure à 0,01 (incluant celles avec des valeurs p entre 0,01 et 0,05) sont considérées non-significatives. »*

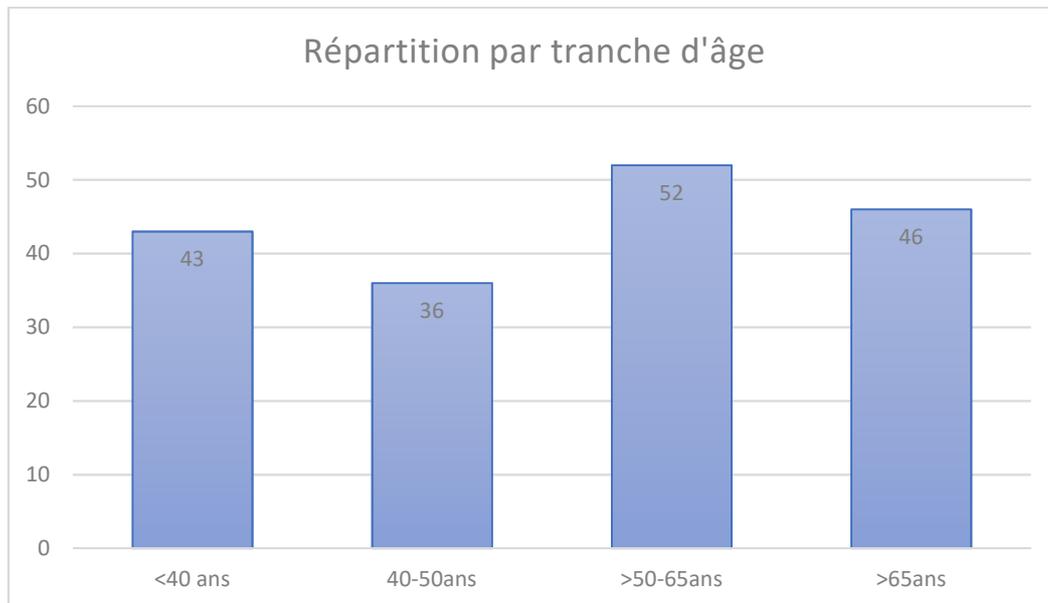
Par curiosité, nous avons réalisé les calculs statistiques sur les intervalles de confiance et d'écart type à la moyenne grâce à un fichier Excel. Les résultats seront notés uniquement pour information intéressante, sur la question : Préférez-vous en discuter avec un interlocuteur homme ou femme ? même si statistiquement les résultats sont peu fiables pour les raisons expliquées ci-dessus. Cependant, ils nous donnent une tendance.

## 3.2 Caractéristiques de la population étudiée

### 3.2.1 Age des participants

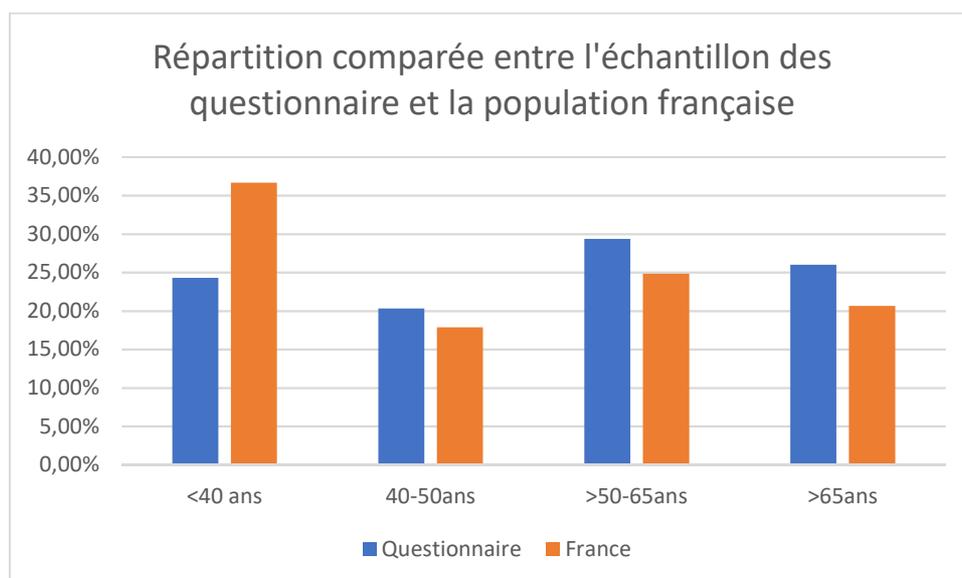
La tranche d'âge la plus représentée était celle des 50-65ans (29,38%).

Cependant la répartition par tranche d'âge était assez homogène. Il n'y avait pas de grande différence de pourcentage entre chaque tranche d'âge.



**Figure 11 - Résultats du questionnaire : Répartition des patients par tranche d'âge**

Si l'on compare nos données avec celles de la population française masculine selon des données de l'INSEE de 2016(France et DOM TOM), on retrouve en comparaison :(26)



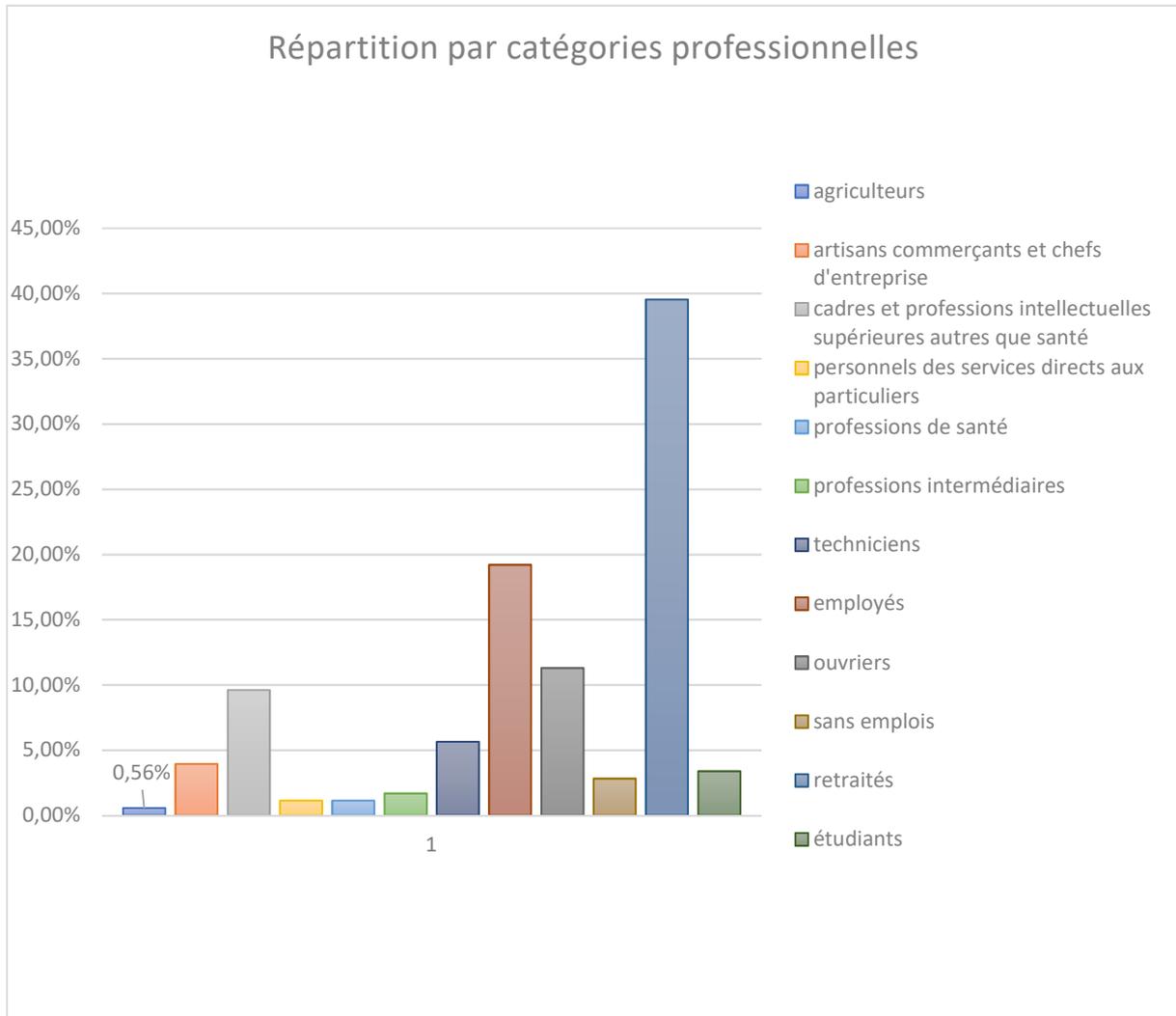
**Figure 12 - Résultats du questionnaire : comparaison de l'échantillon par tranche d'âge avec la répartition de la population française**

On observe moins de patients de moins de 40 ans dans notre étude que dans la population française et la tendance s'inverse dans les âges supérieurs à 50 ans.

Ceci s'explique probablement par le fait que la proportion de patients consultant en médecine générale est plus importante à partir 45 ans, 54% contre 41% avant 44 ans (étude DRESS 2004).(27)

### 3.2.2 Catégories socio professionnelles des participants

Les professions ont été triées selon l'INSEE. Parmi les 177 patients, 39,55 % étaient retraités, viennent ensuite les employés, représentant 19,21% des participants.(28) (Annexe 3)



***Figure 13 - Résultats du questionnaire : répartition des patients par catégorie professionnelle***

### 3.2.3 Couverture sociale des patients

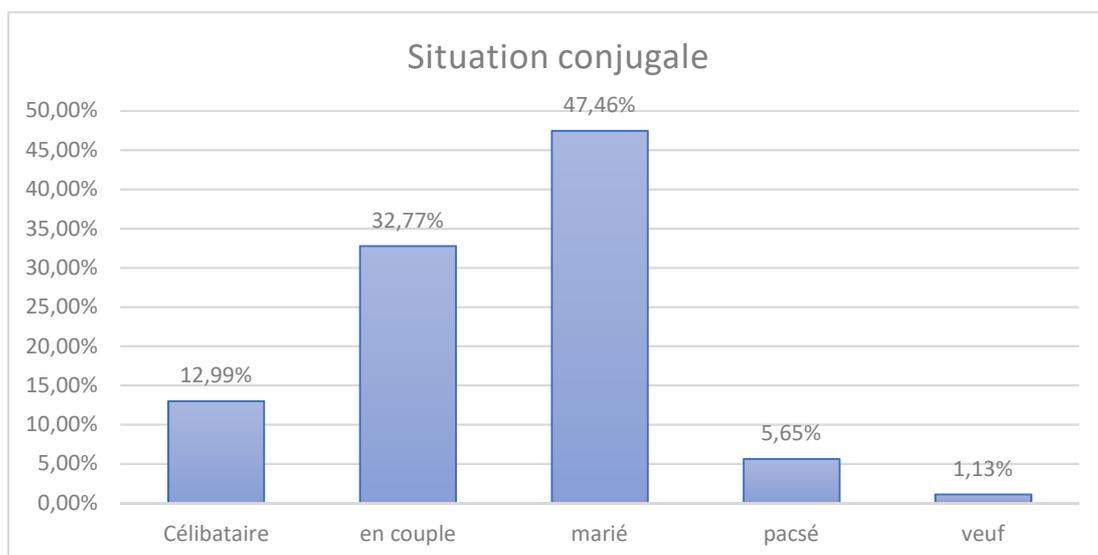
La plupart bénéficiait de la sécurité sociale et d'une mutuelle complémentaire (89,27 %)



**Figure 14 -Résultats du questionnaire : Résultats des patients par type de couverture sociale**

### 3.2.4 Situation conjugale des patients

La majorité des patients étaient mariés (47,46%) ou en couple (32,77%). Seulement 12,99% étaient célibataires.

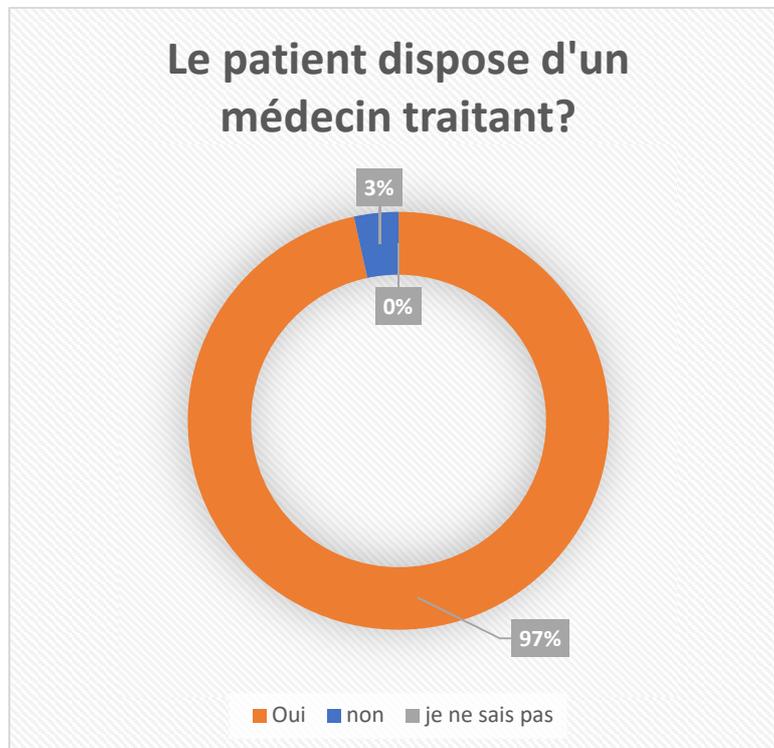


**Figure 15 -Résultats du questionnaire : situation conjugale des patients**

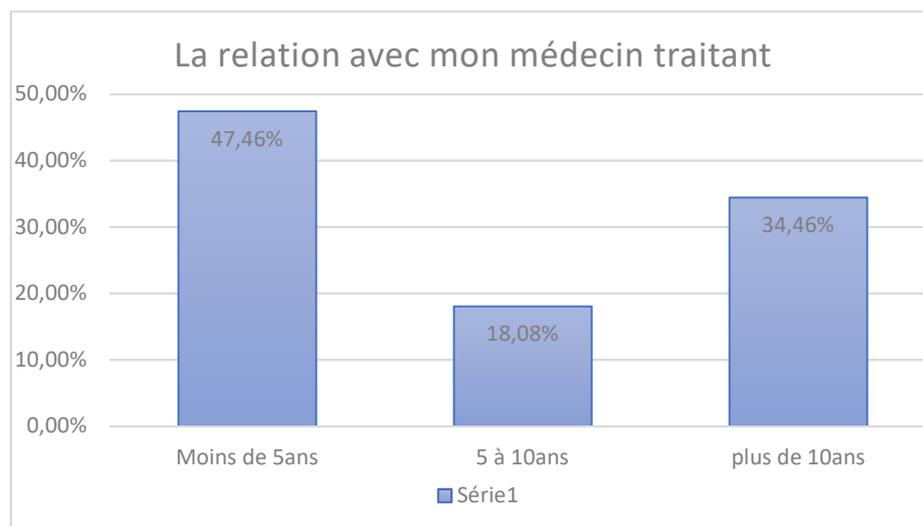
### 3.2.5 Relation avec le médecin traitant

Seulement 3,39% des patients n'avaient pas de médecin traitant déclaré.

La majorité des patients connaissaient leur médecin traitant depuis moins de 5 ans (47,46%), venait ensuite la relation médecin patient de plus de 10ans (34,46 %).



**Figure 16 -Résultats du questionnaire : pourcentage de patient ayant un médecin traitant**



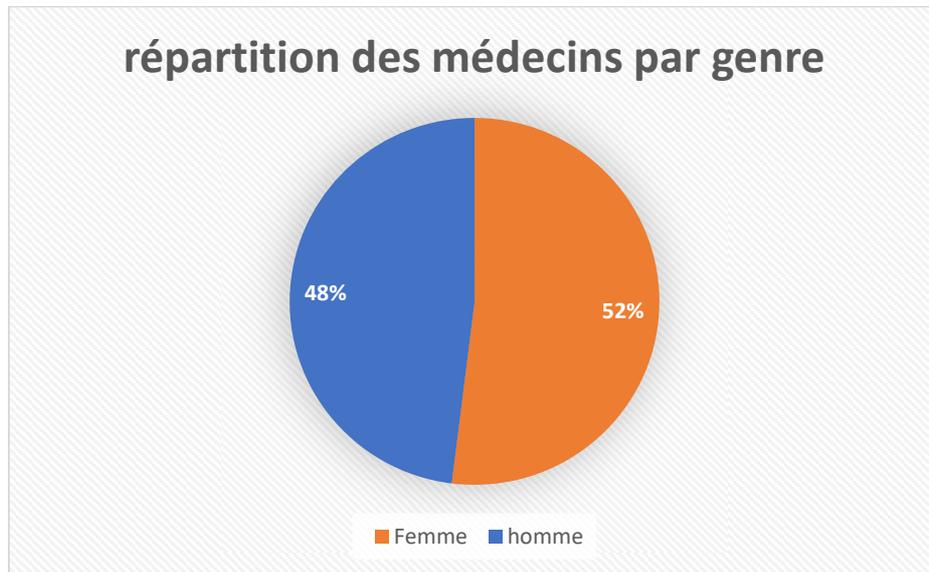
**Figure 17 -Résultats du questionnaire : ancienneté de la relation avec le médecin traitant**

A noter le pourcentage de patients, ayant une relation de plus de 10 ans avec leur médecin traitant, est plus important chez les médecins hommes (52,94%) que chez les médecins femmes (17,39%).

Ceci peut s'expliquer par une féminisation récente de la médecine générale.

### 3.2.6 Importance du sexe du médecin

92 patients avaient un médecin traitant femme contre 85 patients avec un médecin traitant homme.



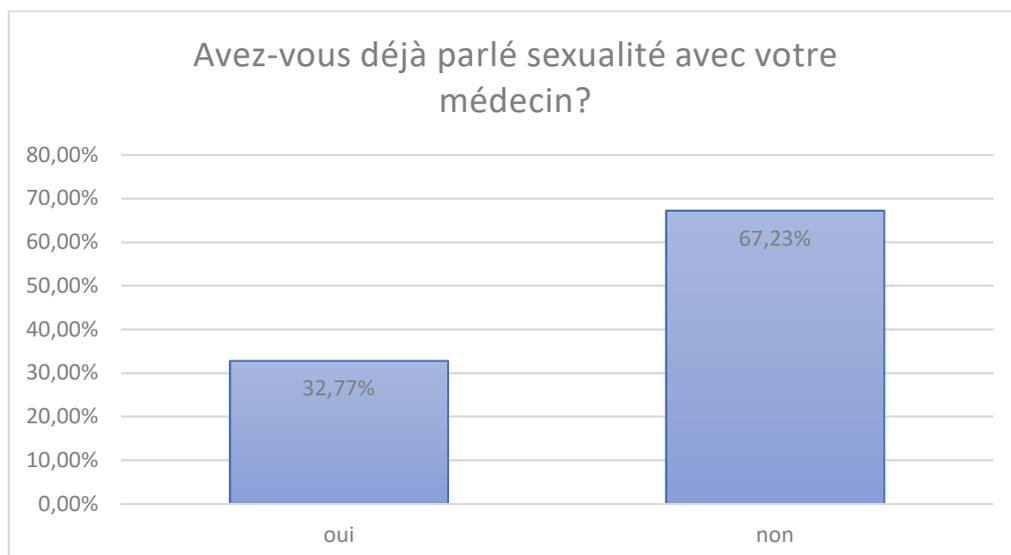
***Figure 18 -Résultats du questionnaire : genre des médecins***

### 3.2.7 Aborder la sexualité

Seulement un tiers (32,77 %) des patients ayant répondu au questionnaire ont parlé de sexualité avec leur médecin traitant (soit 58 patients sur 177).

La principale raison pour ne pas avoir abordé le sujet est l'absence de trouble sexuel (111 sur 119 patients).

Ensuite vient le fait qu'ils n'osent pas aborder le sujet ou qu'ils ont déjà un suivi avec un urologue.



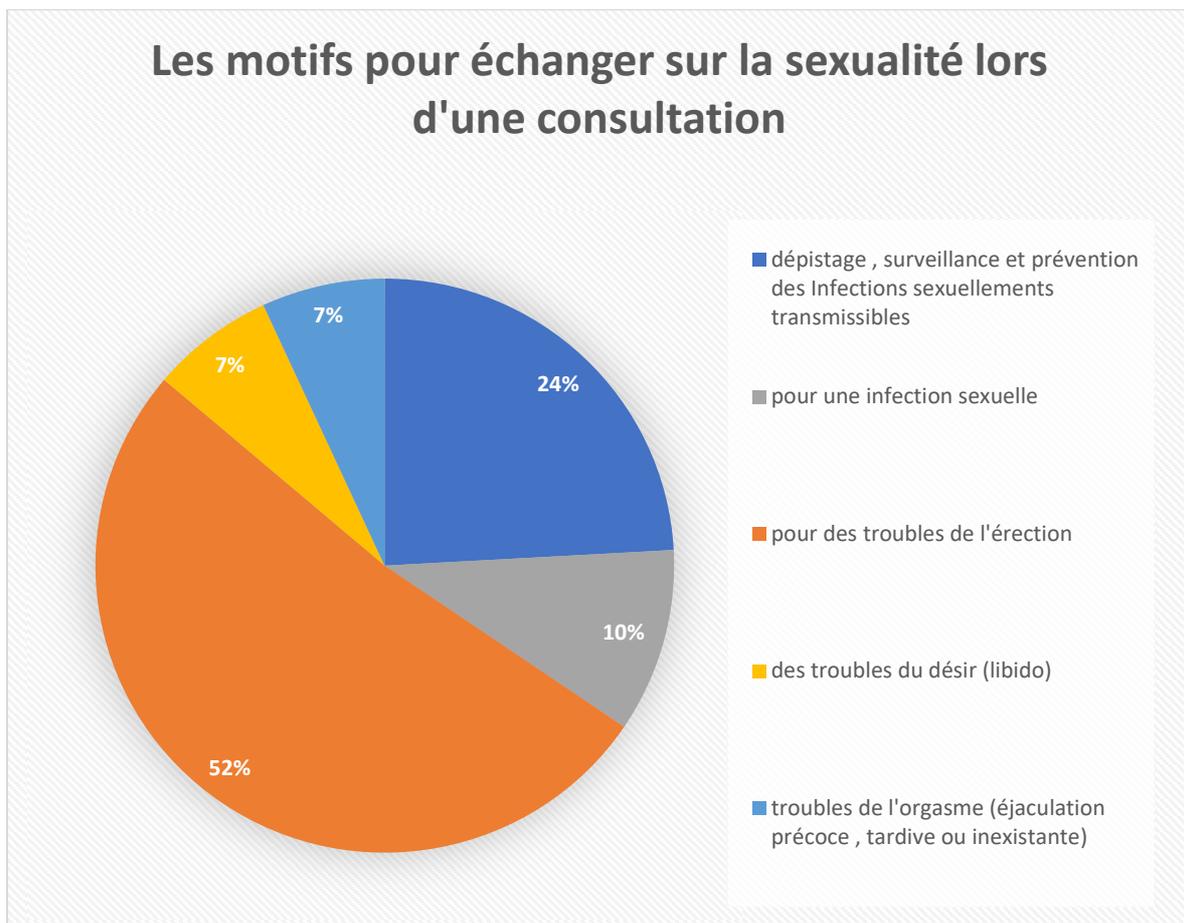
***Figure 19 -Résultats du questionnaire : taux de patient ayant parlé de sexualité avec leur médecin traitant***

### 3.2.8 Les motifs pour aborder la sexualité

Sur les 58 patients ayant déjà abordé la sexualité, 89,66% ont introduit le sujet d'eux même souvent lors d'une consultation pour un autre motif que celui prévu initialement (63,79%).

Le premier sujet évoqué était les troubles de l'érection (51,72%) venant ensuite le sujet du dépistage, surveillance et prévention des Infections sexuellement transmissibles.

Les infections sexuelles, les troubles du désir et les troubles de l'orgasme arrivant au second plan des sujets de conversation.



**Figure 20 -Résultats du questionnaire : Les motifs pour échanger sur la sexualité lors d'une consultation**

La plupart des patients n'étaient pas gênés d'aborder le sujet avec leur médecin (79,31%).

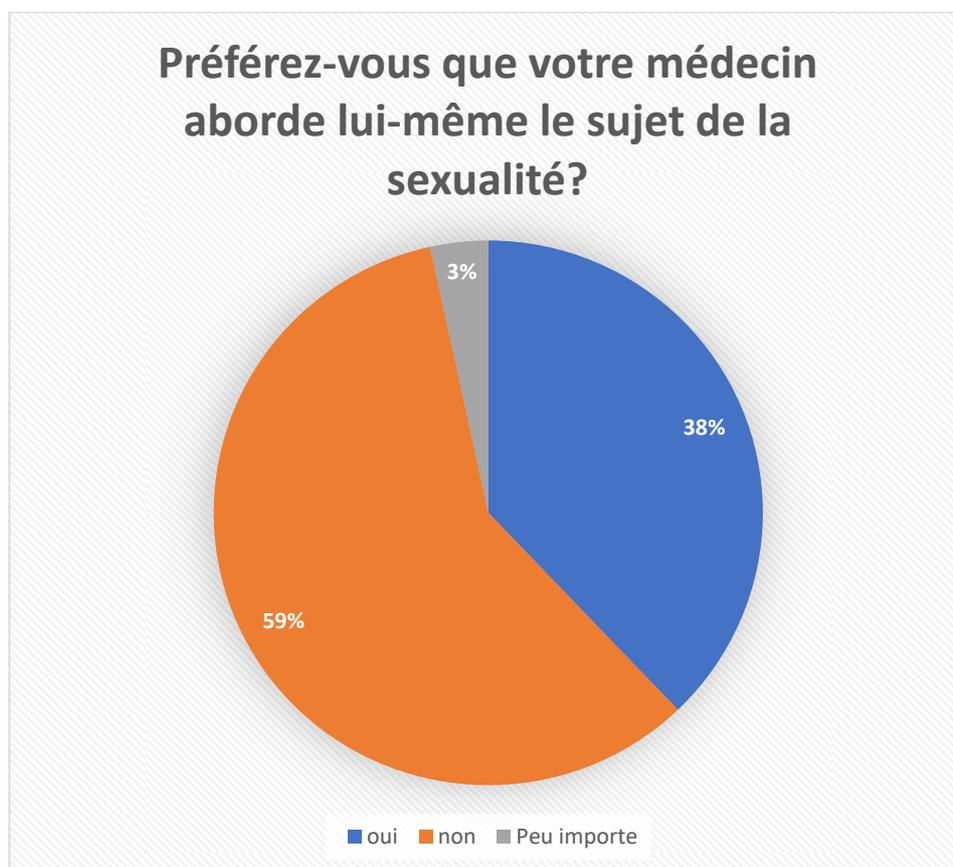
Cela leur a permis soit de bénéficier d'un traitement médicamenteux (56,90%), soit d'être adressé vers un spécialiste (24,14%).

5,17% des patients ont pu ainsi mettre en évidence une pathologie sous-jacente de type diabète.

12,07% des patients n'ont eu aucun bénéfice à aborder le sujet avec leur médecin traitant.

### 3.2.9 Parler de sexualité à quel interlocuteur ?

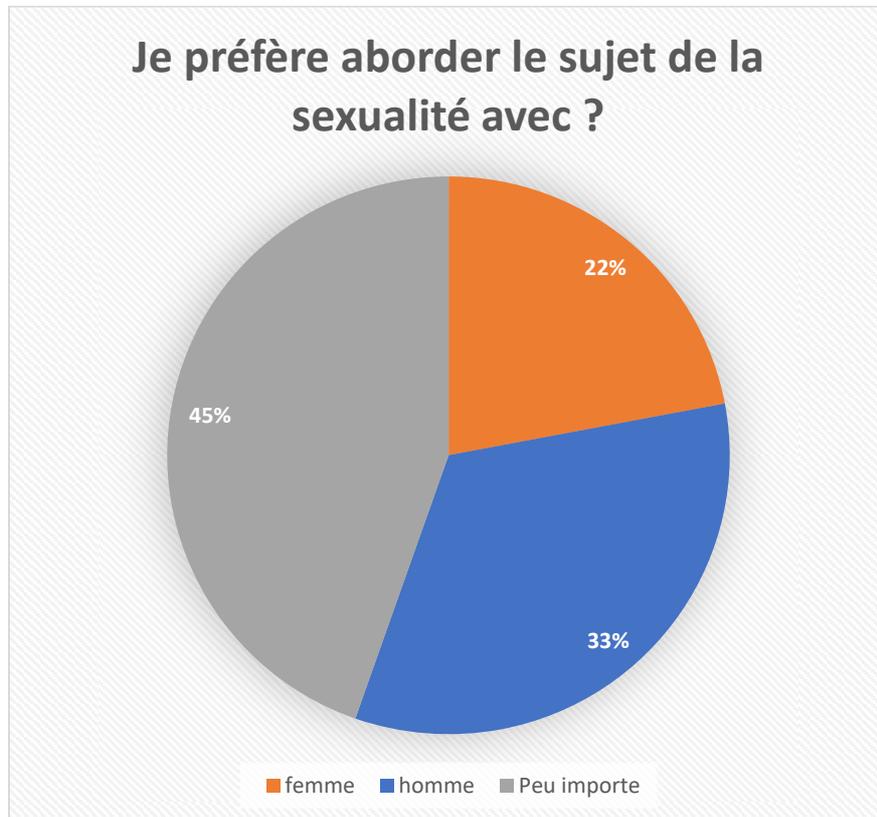
Les patients préféraient aborder eux-mêmes le sujet de la sexualité avec leur médecin et ils préféraient en discuter avec leur médecin traitant (76,27%) plutôt qu'avec un médecin occasionnel (7,91%).



**Figure 21 -Résultats du questionnaire : le médecin doit -il aborder le sujet avec son patient ?**

Les patients font donc largement confiance à leurs médecins traitants dans l'expression des troubles de la sexualité masculine.

Le sexe du médecin semble peu impacter l'expression des patients. Près de 45% de l'échantillon mentionne que le sexe du praticien n'a pas d'importance.



**Figure 22 - Résultats du questionnaire : Influence du sexe du médecin sur l'évocation des troubles sexuels**

En posant

- Na = nombre total de patients ayant répondu aux questionnaires = 177
- Na2 = nombre de patients préférant parler avec une femme quel que soit le sexe du médecin traitant
- Nb = nombre de patients ayant un médecin femme = 92,
- Nb2 = nombre de patients préférant parler avec une femme dans le groupe disposant d'un médecin traitant femme
- Pb = pourcentage de patients préférant parler avec une femme dans le groupe disposant d'un médecin traitant femme,
- P = moyenne corrigée.
- Ef = écart type

Moyenne brute pour l'ensemble du groupe =  $Na2/Na = 39/177 = 0,2203$  soit 22,03%.

Moyenne des patients ayant un médecin traitant femme et préférant en parler avec une femme  $Pb = Nb2/Nb = 33/92 = 0,3587$  soit 35,87%.

$$P = \frac{(Pa + Px)}{(Na + Nx)}$$

$P = (Pa+Pb) / (Na+Nb) = (39+33) / (177+92) = 0,2677$  soit 26,77%.

L'écart type se calcule comme suit :

$$\Sigma x = \frac{|Moya - Moyx|}{\sqrt{\frac{P*(1-P)}{Nx} + \frac{P*(1-P)}{Na}}}$$

$$\varepsilon = \frac{|0,2203 - 0,3587|}{\sqrt{0,2677 * (\frac{1 - 0,2677}{92}) + 0,2677 * (\frac{1 - 0,2677}{177})}} = 2,43$$

Notre écart type est supérieur à 1,96.

Notre étude montre qu'un patient ayant un médecin de sexe féminin fera plus facilement confiance à cette personne pour échanger sur ses troubles sexuels et inversement.

En effet, en comparant le pourcentage des patients ayant un médecin généraliste femme et préférant discuter de sexualité avec une femme à la moyenne des patients pour l'ensemble de l'étude on note un écart type de 2,43 avec comme seuil de confiance 5%. Ces données indiquent une différence significative.

Inversement, les patients ayant un médecin homme préfèrent s'adresser à 52,94 % à un homme contre 15,22% à une femme avec un intervalle de confiance entre [26,39%-40,27%] et avec un écart type à 3,05.

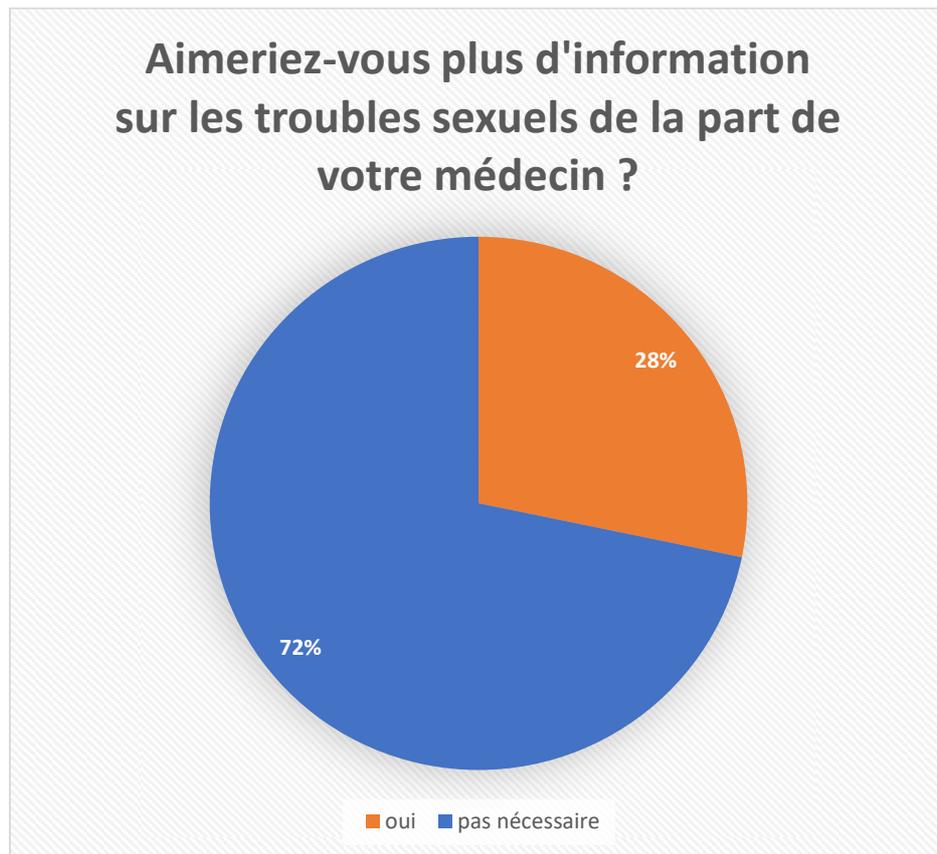
Les réponses obtenues dans cette question semblent démontrer que le patient est largement influencé par le sexe de son propre médecin traitant pour l'expression de ses troubles auprès d'un médecin d'un sexe ou de l'autre.

Médecin traitant	Femme	Homme	Total
Nombre de questionnaire	92	85	177
	Nb	Nc	Na
<b>Question n°15 : Préférez-vous en discuter avec un interlocuteur ?</b>			
	Nb2	Nb3	Na2
Femme	33	6	39
	Nc2	Nc3	Na3
Homme	14	45	59
Peu importe	45	34	79

**Figure 23- Résultats du questionnaire : Synthèse des résultats de la question 15 du questionnaire servant aux calculs**

### 3.2.10 Demande des patients sur le sujet

La grande majorité des patients (71,75%) ne trouvent pas nécessaire d'avoir plus d'informations sur les troubles sexuels de la part de leur médecin alors que seulement 53,67 % des patients ont été informés par des sources extérieures (PUB, affiches, internet, pharmacies)



***Figure 24 -Résultats du questionnaire : L'information du patient par son médecin, sur les troubles sexuels, est-elle suffisante ?***

Pourtant 79,66% des hommes interrogés ont répondu qu'il s'agissait d'un thème de société actuel et que l'on devait pouvoir l'aborder en consultation avec son médecin traitant.

## 4 Discussion

### 4.1 Les résultats principaux

#### 4.1.1 L'impact de la féminisation de la médecine générale sur le traitement des troubles sexuels masculins

32,77% des patients ayant participé à l'étude ont déjà parlé de sexualité avec leur médecin traitant.

Le reste des participants n'ont jamais abordé le sujet car ils n'ont jamais présenté de troubles pour la plupart. Mais cette réponse est-elle honnête ?

Un biais existe-t-il ?

Par gêne, voire honte, certains patients n'ont peut-être pas osé dévoiler leurs problèmes de sexualité dans le questionnaire bien que celui-ci soit anonyme.

Pour ceux qui ont abordé le sujet, la plupart l'ont fait lors d'une consultation pour un autre motif (63, 79%), probablement en fin de consultation avant la sortie du cabinet médical mais notre étude ne le précise pas.

Notre questionnaire ne donne pas la raison pour laquelle le sujet est abordé en second plan lors d'une consultation alors que 79,31% des patients ayant abordé le sujet ne se sentaient pas gêné pour l'aborder. On peut émettre l'hypothèse qu'ils ne souhaitent pas introduire le sujet dans les premières minutes de la consultation pour attendre le moment où ils se sentiraient en climat de confiance dans la consultation.

En ce qui concerne notre sujet principal de l'étude, on remarque que les patients avec un médecin traitant femme préfèrent en discuter avec une femme (35, 87%) et inversement.

Des calculs statistiques de cette variable montrent une significativité difficilement interprétable au vu de la taille de l'échantillon. Cependant, on remarque que pour une grande partie (45%) des patients interrogés le sexe du médecin importe peu.

On peut tirer de notre étude que pour parler de sexualité avec son médecin, le genre du médecin n'intervient pas et que c'est uniquement la relation de confiance que l'on a établi avec lui qui entre en jeu.

#### 4.1.2 La vision des patients sur la prise en charge des troubles sexuels masculins par le système de santé

La majorité des patients ayant participé à l'étude ne trouvent pas que le sujet dépasse les compétences du médecin généraliste. Ils ne souhaitent pas plus d'informations sur le sujet de la part de leur médecin pour 71,75% même s'ils pensent pour 79,66% que ce sujet a sa place en médecine générale.

Les deux réponses sont donc contradictoires, est-ce lié au fait que les thérapeutiques médicamenteuses ne bénéficient pas de remboursement par la sécurité sociale ? (Assimilation d'un traitement non remboursé à un traitement de confort donc non lié à une « maladie » ?).

## 4.2 Les biais

### 4.2.1 Biais de sélection

Les patients ayant participé à l'étude étaient le plus souvent issus de cabinets de Rouen et de son agglomération, la population des zones rurales était peu représentée.

La plupart des patients ont rempli le questionnaire en présence de leur médecin traitant en fin de consultation pour pouvoir récupérer les questionnaires directement et limiter le nombre de « perdus de vue ».

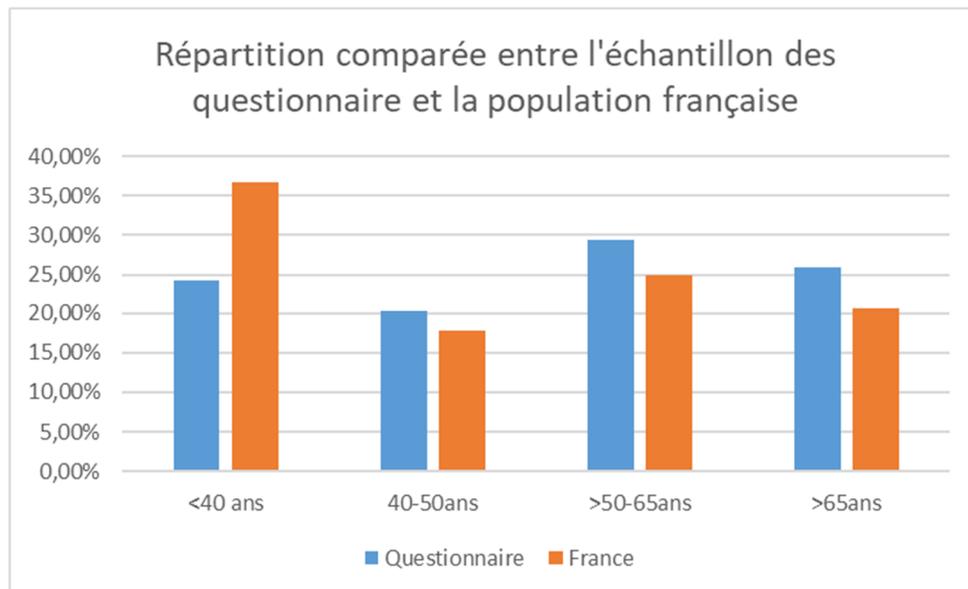
Ces modalités de retour entraînent un biais, les patients ont pu être aidés par leur médecin traitant pour remplir le questionnaire et donc certaines réponses ont pu être influencées par la présence du médecin.

D'autres questionnaires ont été remplis par les patients à leur domicile ou en salle d'attente et retournés au secrétariat sous enveloppe (notamment à Gruchet le Valasse) ou à leur médecin. Les réponses sont moins influencées par la présence du médecin mais le nombre de « perdus de vue » est plus important.

Le pourcentage de participation des médecins femmes est légèrement plus important : 55,37% ce qui peut influencer nos résultats.

La répartition des patients en fonction de leur tranche d'âge n'est pas tout à fait représentative de la population générale. On retrouve moins de patient de moins de 40 ans que dans la population générale (24,29% dans notre étude contre 36,65% en France) et un pourcentage de 75,71% d'hommes âgés de plus de 40 ans dans l'étude contre 63,35% en France.(26)

En comparaison avec les âges des patients consultant en médecine générale cela devient plus cohérent.(27)



***Figure 25 (idem Figure 12) - Résultats du questionnaire : comparaison de l'échantillon par tranche d'âge avec la répartition de la population française***

Néanmoins, il s'agissait d'un questionnaire distribué au hasard par les médecins généralistes, à leurs patients hommes de plus de 18 ans avec ou sans trouble sexuel, vus consécutivement lors d'une journée de consultation au hasard de la semaine afin d'être aussi représentatif que possible d'une patientèle de médecine générale.

Pour remplir la totalité des 10 questionnaires par médecin, on leur proposait de faire remplir 2 à 3 questionnaires par jour pour rendre la participation moins contraignante.

Cependant certains médecins n'ont pas réussi à faire remplir les 10 questionnaires (manque de temps, perdus de vue...) et d'autres ont récupéré plus de 10 questionnaires en imprimant des questionnaires supplémentaires.

Un déséquilibre entre les médecins est donc présent.

Les questionnaires étaient anonymes pour libérer le patient de la « peur » d'être jugé en le remplissant.

#### 4.2.2 Les biais de compréhension

Le questionnaire était simple et rapide à remplir, il ne présentait pas de difficulté pour être compris de tous.

Les questions étaient à réponses fermées.

Aucun problème de compréhension n'a été remarqué à la récupération et analyse des questionnaires.

L'explication est peut-être liée au fait que la plupart des questionnaires ont été remplis dans le cabinet médical avec l'aide du médecin en cas de difficulté.

Les patients ne sachant ni lire ni écrire, avec une déficience intellectuelle ou une démence ont été exclus, donc nous n'avons pas la représentation de toute la population.



Les résultats ont donc été analysés de manière uniquement descriptive mais cela nous apporte une information assez intéressante sur le sujet traité.

## 4.3 Discussion des résultats et comparaisons avec d'autres études

### 4.3.1 La prise en charge des troubles sexuels : un sujet délicat

Dans notre étude seulement 32,77% des patients ont abordé le sujet de la sexualité avec leur médecin traitant.

Pourtant ,selon une enquête CSF de 2008, 84% des personnes interrogées (étude prenant en compte la population des 2 sexes) considèrent la sexualité comme indispensable au bien être, alors que parmi eux la majorité n'a jamais consulté à ce sujet.(29)

On note aussi que 79,66% des patients de notre étude pensent que le sujet de la sexualité suit l'évolution de la société et que l'on doit pouvoir en parler librement avec son médecin mais seulement 28,25% souhaite plus d'informations sur le sujet de la part de leur médecin.

En comparant notre étude (où seulement 37,85% des hommes préfèrent eux-mêmes aborder le sujet) on retrouve dans d'autres publications des résultats différents :

Dans une étude sur les dysfonctions sexuelles, 95 % des patients ont une préoccupation sexuelle dont 85% aimeraient que l'initiative d'aborder la sexualité vienne de leur médecin. (30)

Dans une autre étude suisse de 2011, 90% des hommes interrogés souhaiteraient que leur médecin les interroge plus sur leur sexualité pour des conseils de prévention. (31)

Des études anglo-saxonnes et allemandes montrent que les hommes trouvent en effet légitime que le médecin généraliste s'intéresse à la qualité de leur vie sexuelle. (32)

### 4.3.2 Le vécu des médecins généralistes face aux troubles des patients

Le point de vue des médecins généralistes n'a pas été abordé dans notre étude car le but était de s'intéresser au ressenti des patients et à leur vécu de la féminisation de la médecine générale.

Cependant dans d'autres études on note que la plupart des médecins généralistes se sentent en difficulté face aux plaintes sexuelles de leur patient pour plusieurs raisons :

- la gêne ;
- le manque de légitimité ;
- le manque de formation ;
- le manque d'outils ;
- le manque de temps dans la consultation. (20) (33)

Dans la revue « exercer » de 2008, selon une enquête 90% des étudiants interrogés ressentaient un besoin de formation sur la prise en charge de la plainte sexuelle en général.(34)

Alors que le médecin généraliste a un rôle clé dans la prise en charge des troubles sexuels masculins notamment en améliorant la qualité de vie de son patient, en recherchant une pathologie sous-jacente ou en l'adressant vers un spécialiste, il est donc important qu'ils aient une formation suffisante dans ce domaine. (18) (35)

Pour cela une étude américaine propose d'utiliser 4 questions ouvertes systématiques pour aborder la sexualité avec ses patients :

1. Etes-vous sexuellement actif ?
2. Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?
3. Y-a-t'il des problèmes sexuels dont vous souhaiteriez me parler ?
4. Avez-vous des soucis particuliers dont vous aimeriez parler ?(33)

En France on retrouve le score IIEF -5 et IPSS pour l'évaluation des troubles sexuels ainsi que l'application mobile IDI pour les patients. (19) (36)

#### 4.3.3 Le point de vue des patients

Dans notre étude parmi les 32,77% ayant abordé le sujet avec leur médecin, seulement 20,69% étaient gênés de l'avoir fait.

D'autres thèses semblent démontrer que les patients sont gênés d'aborder le sujet avec leur médecin pour différents motifs :

- la crainte du jugement ;
- le sexe de leur médecin ;
- l'âge du médecin ;
- la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin. (23) (20) (22)

L'environnement du cabinet ainsi que l'ambiance sont aussi importants, le patient a besoin de se sentir dans un lieu accueillant et chaleureux, à l'abri des regards indiscrets.

Le médecin doit être ouvert sur le sujet et respectueux, il ne doit pas avoir un jugement négatif.

Il est important aussi de s'enquérir du mode de vie du patient, de ses besoins, du mode de fonctionnement de son couple pour pouvoir adapter à chacun l'approche de la sexualité adéquate.

Les représentations socio culturelles et religieuses des patients sont aussi à prendre en compte. (33)

Dans une autre étude sur la dysfonction érectile, on retrouve une prévalence élevée de patient atteint de dysfonction érectile (25%) mais peu de patients ont consultés (22,2%) et ont donc pu bénéficier d'un traitement (36,9%).(37)

Le médecin doit donc avoir un rôle pro actif pour aider son patient à parler de ses troubles.

Le conjoint/partenaire à un rôle probablement aussi important, souvent autant demandeur que le patient. Il est essentiel de chercher également auprès de son patient les besoins exprimés par son conjoint, il faut prendre en compte le couple dans sa globalité et proposer une psychothérapie conjugale au besoin.

#### 4.3.4 Le couple médecin femme /patient homme, face aux troubles sexuels, frein ou avantage ?

Notre étude ne conclut pas sur cette question car les résultats sont variables en fonction du sexe du médecin traitant. Peut-être une étude sur une population plus grande permettrait de conclure.

Cependant on peut déjà en déduire que les patients ont besoin d'un climat de bienveillance et de confiance avec leur médecin et le sexe du médecin n'intervient pas dans la relation.

Ils ont besoin d'un médecin ouvert, à leur écoute, sans peur du jugement. Ils souhaitent pouvoir parler librement sous couverture du secret médical et pouvoir faire part de leurs inquiétudes.

Pour cela même si certaines études trouvent des compétences différentes entre les 2 sexes (médecins hommes et femmes), ces compétences sont acquises durant les études médicales, lors de l'apprentissage de la relation médecin patient (empathie) et peuvent être présentes autant chez un médecin homme que femme.(38) (8)

Même si ici l'on s'intéresse au point de vue des patients, on peut noter que lors du recueil des questionnaires la plupart des médecins femmes ayant participé ne ressentaient pas de gêne à aborder le sujet avec leurs patients.

Certains médecins ont même pu grâce à l'étude s'intéresser plus à la santé sexuelle de leurs patients et dépister certains troubles.

Une enquête de TNS Sofres de 2002 montre que sur 1000 personnes 73% sont indifférents au sexe de leur médecin et 94% trouvent que la féminisation de la profession est une bonne chose.(39)

On peut donc en conclure qu'il faut plus s'intéresser à la santé sexuelle de nos patients, ce de manière non intrusive avec des approches discrètes afin de laisser des portes ouvertes durant les consultations.(34) (40) (41)

#### 4.4 Ouverture du sujet

Notre étude donne une tendance, cependant l'effectif est trop petit pour obtenir une significativité, on pourrait imaginer un questionnaire distribué à une plus grande échelle, peut être avec moins de questions pour se préoccuper plus du sexe du médecin en lui-même.

Il est toujours assez difficile d'obtenir de grands échantillons de population dans les recueils de données de thèse en médecine générale car les médecins généralistes sont très souvent sollicités pour différentes thèses. Ils manquent de temps pour y répondre avec une activité libérale chronophage (surtout en période épidémique), donnant la priorité à leur patient.

Il y a beaucoup d'études sur la santé sexuelle des femmes notamment lié à un suivi gynécologique régulier, à l'accouchement. Ce sont des moments qui sont plus propices à aborder le sujet de la sexualité avec les femmes.

A contrario peu de moments de consultation se prêtent à aborder la sexualité avec un homme alors que l'on note dans les différentes études qu'il y a une réelle demande de la part des hommes sur le sujet. On constate un vieillissement de la population en générale, ceci implique pour les hommes une prise en charge plus régulière de troubles liés à l'andropause. Les hommes souhaitent néanmoins conserver une qualité de vie, en particulier une vie sexuelle épanouie, qu'il faut concilier avec le vieillissement du corps. (42)

A cela vient s'ajouter, en lien avec l'élévation de l'âge moyen de la population, l'impact de la chirurgie prostatique qui peut entraîner des troubles fonctionnels.

Avec l'évolution sociétale la sexualité devient un point important dans le bien être du patient qui doit pouvoir avoir des recours pour prendre en charge ses plaintes au besoin.

Une réflexion autour d'une consultation de dépistage type pourrait être intéressante à envisager.

## 4.5 Conclusion

La santé sexuelle de nos patients est devenue, avec l'évolution de la société, une entité à part entière en médecine générale.

De plus en plus de patients hommes sont demandeurs d'informations, de prise en charge et de traitement de la part de leur médecin traitant.

Mais à l'heure où la médecine générale se féminise et où les relations médecins / patients évoluent (égalité médecin /patient contre ancien rôle paternaliste du médecin), le médecin traitant qu'il soit une femme ou un homme, doit prendre conscience qu'il a une place légitime dans la sexualité de son patient. Tant que le médecin garde son rôle bienveillant et respectueux envers son patient, il peut aborder le sujet avec lui.

L'important n'est pas le sexe ou l'âge du médecin mais bien la relation de confiance. Le patient abordera le sujet si le climat de confiance est instauré avec son médecin, la féminisation a peu d'influence face à l'expression des troubles de la sexualité masculine.

Le médecin généraliste se doit d'avoir les connaissances suffisantes pour répondre aux besoins de son patient et pouvoir l'orienter si besoin. Il est donc important que la formation sur la sexualité soit plus présente durant les études, dans les FMC, en congrès et autres.

Une bonne formation et une bonne relation sont les clés pour parler de sexualité avec son patient.

## 5 BIBLIOGRAPHIE

1. Harer WB, el-Dawakhly Z. Peseshet--the first female physician? *Obstet Gynecol.* déc 1989;74(6):960-1.
2. Place des femmes en médecine — Wikipédia [Internet]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/wiki/Place\\_des\\_femmes\\_en\\_m%C3%A9decine](https://fr.wikipedia.org/wiki/Place_des_femmes_en_m%C3%A9decine)
3. Démographie médicale 2017 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2365>
4. Kahn-Bensaude I. La féminisation : une chance à saisir | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-729>
5. Dupagne D. L'origine de la pénurie des médecins en France [Internet]. Disponible sur: <http://www.atoute.org/n/article311.html>
6. Denekens JPM. The impact of feminisation on general practice. *Acta Clin Belg.* févr 2002;57(1):5-10.
7. Tirilly C. La féminisation croissante de la médecine générale modifie-t-elle le point de vue des patients sur la Médecine et leurs médecins ? : enquête qualitative par entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2011.
8. Boyoud-Ghidossi C. La féminisation de la médecine générale en pratique: du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
9. Hardy-Dubernet A-C. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? *Rev Fr Aff Soc.* 2005;(1):35-58.
10. Hedden L, Barer ML, Cardiff K, McGrail KM, Law MR, Bourgeault IL. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. *Hum Resour Health.* 4 juin 2014;12:32.
11. Biringer A, Carroll JC. What does the feminization of family medicine mean? *CMAJ Can Med Assoc J.* 16 oct 2012;184(15):1752.
12. OMS | Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires [Internet]. WHO. Disponible sur: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health\\_systems/9789241501002/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/fr/)
13. Chapitre 05 - Sexualité normale et ses troubles | Urofrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/sexualite-normale-et-ses-troubles.html>
14. INPES - Information sexuelle [Internet]. Disponible sur: [http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information\\_sexuelle/index.asp](http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp)
15. Droupy S. [Epidemiology and physiopathology of erectile dysfunction]. *Ann Urol.* avr 2005;39(2):71-84.

16. Chapitre 09 - Trouble de l'érection | Urofrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/trouble-de-lerrection.html>
17. Implant pénien (prothèse d'érection) | Urofrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/implant-penien-prothese-derection.html>
18. Cuzin B, Cour F, Bousquet P-J, Bondil P, Bonierbale M, Chevret-Measson M, et al. Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile (réactualisation 2010). *Sexologies*. 1 janv 2011;20(1):66-79.
19. Questionnaires d'évaluation | Urofrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/questionnaires-devaluation.html>
20. Bartoli S, Grandcolin S, Migeot V, Senon J-L, Christiaens L, Université de Poitiers, et al. Aborder la sexualité en médecine générale: Attentes, opinions et représentations des hommes : enquête qualitative menée par seize entretiens semi-directifs en Charente-Maritime et en Côtes d'Armor [Thèse d'exercice]. [france,poitiers]: université de poitiers; 2015.
21. Troubles de l'érection, ne plus se cacher | Fréquence Médicale [Internet]. Disponible sur: <http://www.frequence medicale.com/index.php?op=Formation&type=Jeudis-de-la-Formation&action=index&emissionID=1970&fmnl=0004d0b59e19461ff126e3a08a814c33>
22. Farine A, Cosserat D. Comment les médecins traitants réagissent-ils face à une plainte sexuelle d'un homme de plus de 50 ans?: enquête qualitative auprès de 12 médecins généralistes. Nice, France: Université de Nice Sophia Antipolis; 2014.
23. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract*. déc 2003;20(6):690-5.
24. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. « Opening a can of worms »: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract*. oct 2004;21(5):528-36.
25. L'ARS de Normandie arrête ses 7 territoires de démocratie sanitaire [Internet]. Disponible sur: <http://www.normandie.ars.sante.fr/lars-de-normandie-arrete-ses-7-territoires-de-democratie-sanitaire>
26. Population totale par sexe et âge au 1 er janvier 2017, France – Bilan démographique 2016 | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>
27. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de-typologie>
28. pcs2003-1-Agriculteurs exploitants | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregree/1>
29. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé [Internet]. Paris: La Découverte; 2008. 612 p. (Hors Collection Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>

30. Metz ME, Seifert MH. Men's expectations of physicians in sexual health concerns. *J Sex Marital Ther.* 1990;16(2):79-88.
31. Meystre-Agostoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 8 mars 2011;141:w13178.
32. Aschka C, Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. *J Fam Pract.* sept 2001;50(9):773-8.
33. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard operating procedures for taking a sexual history. *J Sex Med.* janv 2013;10(1):26-35.
34. VALLEE J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. Ressour Pédagogique Numér [Internet]. 1 janv 2008; Disponible sur: [http://www.sup-numerique.gouv.fr/ressources-pedagogiques/notice/view/oai%3Adocumvf.crihan.fr%3Aumvf%2Fcampus\\_umvf\\_cnge\\_fr\\_manuel\\_D OC\\_62145](http://www.sup-numerique.gouv.fr/ressources-pedagogiques/notice/view/oai%3Adocumvf.crihan.fr%3Aumvf%2Fcampus_umvf_cnge_fr_manuel_D OC_62145)
35. Plénière : Aborder la Sexualité en consultation - Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale [Internet]. Disponible sur: <http://www.crp-img.fr/wp/index.php/jmgpc/pleniere-aborder-la-sexualite-en-consultation/>
36. iDi - l'application mobile de prise en charge des troubles de l'érection - erection-info.com [Internet]. Disponible sur: <https://erection-info.com/fr/idi-lapplication-mobile-de-prise-charge-dysfonction-erectile/>
37. Costa P, Avances C, Wagner L. Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5.099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans | Urofrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/dysfonction-erectile-connaissances-souhaits-et-attitudes-resultats-dune-enquete-francaise-r.html>
38. Cuvelier L. La différence hommes-femmes et la relation médecin-patient - Fédération des maisons médicales [Internet]. Disponible sur: <http://www.maisonmedicale.org/La-difference-hommes-femmes-et-la.html>
39. La féminisation de la médecine en pleine santé - Libération [Internet]. Disponible sur: [http://www.liberation.fr/france/2017/10/10/la-feminisation-de-la-medecine-en-pleine-sante\\_1602155](http://www.liberation.fr/france/2017/10/10/la-feminisation-de-la-medecine-en-pleine-sante_1602155)
40. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract.* oct 2001;18(5):516-8.
41. Hartmann U, Burkart M. [Strategies for talking to the patient with sexual dysfunction in the doctor's office]. *MMW Fortschr Med.* 25 mai 2006;148(21):48-50.
42. Andrews CN, Piterman L. Sex and the older man--GP perceptions and management. *Aust Fam Physician.* oct 2007;36(10):867-9.

ANNEXE 1

**iDi - Troubles de l'érection**

Back2Medical Santé et remise en forme ★★★★★ 14

**3** PEGI 3

Cette application est compatible avec l'ensemble de vos appareils.

Ajouter à la liste de souhaits **Installer**

☰ Accueil    ☰ Synthèse    ☰ Mon suivi

catégories ▾ | Accueil    Classements    Nouveautés

**Mon suivi**    **Mes conseils personnalisés**

**Informations sur les traitements**    **Informations sur la dysfonction érectile**

**Conseil du jour**  
Parlez-en avec votre médecin traitant. Un bilan cardiovasculaire peut être nécessaire.

**Mon score IIEF5** 12 / 25 [En savoir plus >](#)

**Mon score de satisfaction** 19 / 20

Mois	Score
1	5
2	8
3	9
4	11
5	8
6	12
7	12
8	14
9	15
10	16
11	18
12	19

**J'ai changé de traitement ou de mode de vie**    **J'ai eu un nouveau rapport sexuel**

**Pas sur du tout** ★★★★★ **Très**

Lorsque que vous avez eu des érection avec quelle fréquence votre pénis a-t-il suffisamment rigide (dur) pour permet la pénétration?

**Jamais** ★★★★★ **Tou**

Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après pénétré votre partenaire ?

**Jamais** ★★★★★ **Tou**

Pendant vos rapports sexuels, à quel moment vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports?

## ANNEXE 2

### Questionnaire Patient de médecine générale

Thèse de Caroline JOUEN (interne de médecine générale)

Merci de prendre quelques minutes de votre temps pour contribuer à la réussite de ma thèse sur l'expression des troubles sexuels masculins.

Questionnaire **anonyme** destiné aux patients de médecine générale.  
Merci pour votre aide !

\*\*\*\*\*

1/A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

- <40 ans
- 40-50ans
- >50-65ans
- >65ans

2/Quelle est votre profession ?

- Agriculteurs
- Artisans commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures autres que santé
- Personnels des services directs aux particuliers
- Professions de santé
- Professions intermédiaires
- Techniciens
- Employés
- Ouvriers
- Sans emplois
- Retraités
- Étudiants

3/ Couverture sociale

- Sécurité sociale et mutuelle
- CMU
- ALD (diabète tension etc....)

4/Quelle est votre situation conjugale ?

- Célibataire
- En couple
- Marié
- Pacsé
- Veuf

5/Avez-vous un médecin traitant déclaré ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

6/Depuis combien d'années connaissez-vous votre médecin ?

- Moins de 5ans
- 5 à 10ans
- Plus de 10ans

7/Votre médecin est-il une femme ou un homme ?

- Femme
- Homme

8/Avez-vous déjà abordé le sujet de la sexualité avec votre médecin ?

- Oui,

Si oui répondre aux questions 8 bis,9,10,11et 12 puis poursuivre le questionnaire

- Non,

Alors passer directement à la question 13

*8/bis Pourquoi n'avez-vous jamais abordé le sujet ?*

- Pas de trouble sexuel
- Vous n'osez pas aborder le sujet
- Vous pensez que cela dépasse les compétences de votre médecin
- Vous avez déjà un suivi avec un médecin spécialiste (urologue)

9/Si le sujet a été déjà abordé avec votre médecin qui a abordé le sujet ?

- Vous
- Votre médecin

10/Lors d'une consultation dédiée ou lors d'une consultation pour un autre motif ?

- Consultation dédiée
- Autres motifs

11/Quel était le sujet de la conversation ?

- Dépistage, surveillance et prévention des Infections sexuellement transmissibles
- Pour une infection sexuelle
- Pour des troubles de l'érection
- Des troubles du désir (libido)
- Troubles de l'orgasme (éjaculation précoce, tardive ou inexistante)

12/Étiez-vous gêné d'aborder le sujet avec votre médecin ?

- Oui
- Non

13/Avoir abordé le sujet avec votre médecin vous a permis ?

- D'être adressé par votre médecin vers un spécialiste (urologue sexologue)
- De bénéficier d'un traitement médicamenteux
- De rechercher une maladie sous-jacente (diabète, hypertension, artérite)
- De débiter une psychothérapie de couple
- Ne vous a rien apporté

Répondre aux questions suivantes que vous avez abordé ou non le sujet avec votre médecin

14/Préférez-vous que votre médecin aborde lui-même le sujet ?

- Oui
- Non

15 / Préférez-vous en discuter avec un interlocuteur ?

- Femme
- Homme

16/ Préférez-vous en discuter avec votre médecin habituel ou un médecin occasionnel ? (Par exemple un remplaçant)

- Habituel
- Occasionnel

17/Aimeriez-vous plus d'informations sur les troubles sexuels de la part de votre médecin ?

- Oui
- Pas nécessaire

18/Avez-vous déjà vu des affiches, prospectus etc. sur le sujet chez votre médecin traitant, dans les pharmacies, dans les médias, sur le web ?

- Oui
- Non

19/Ce thème vous semble :

- Trop peu abordé par les médecins
- Un sujet tabou qui doit le rester
- Ou au contraire c'est l'évolution de la société et l'on doit pouvoir en parler en confiance

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

D'ici quelques mois votre médecin pourra vous communiquer les résultats de ma thèse, lors d'une consultation si cela vous intéresse, posez-lui la question !

## ANNEXE 3

### CORRESPONDANCE ENTRE LES GROUPES ET LES CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

Niveau agrégé (8 postes dont 6 pour les actifs)	Niveau de publication courante (24 postes dont 19 pour les actifs)	Niveau détaillé (42 postes dont 32 pour les actifs)
1 Agriculteurs exploitants	10 Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 Artisans	21 Artisans
	22 Commerçants et assimilés	22 Commerçants et assimilés
	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales et assimilés	31 Professions libérales
	32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et Artistiques	33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles
	36 Cadres d'entreprise	37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entre- prise
4 Professions Intermédiaires	41 Professions intermédiaires de l'enseigne- ment, de la santé, de la fonction publique et assimilés	42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
		43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47 Techniciens	47 Techniciens
	48 Contremaîtres, agents de maîtrise	48 Contremaîtres, agents de maîtrise
5 Employés	51 Employés de la fonction publique	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires
	54 Employés administratifs d'entreprise	54 Employés administratifs d'entreprise
	55 Employés de commerce	55 Employés de commerce
	56 Personnels des services directs aux particuliers	56 Personnels des services directs aux Particuliers
6 Ouvriers	61 Ouvriers qualifiés	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du Magasinage et du transport
		66 Ouvriers non qualifiés
	69 Ouvriers agricoles	69 Ouvriers agricoles
7 Retraités	71 Anciens agriculteurs exploitants	71 Anciens agriculteurs exploitants
	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	73 Anciens cadres et professions interméd- iaires	74 Anciens cadres 75 Anciennes professions intermédiaires
	76 Anciens employés et ouvriers	77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers
8 Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
	82 Inactifs divers (autres que retraités)	83 Militaires du contingent 84 Elèves, étudiants 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) 86 Personnes diverses sans activité profes- sionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

## ANNEXE 4

Nom : ..... Prénom : ..... Date : .....

IPSS : International Prostate Score Symptom							
	Jamais	Environ 1 fois sur 5	Environ 1 fois sur 3	Environ 1 fois sur 2	Environ 2 fois sur 3	Presque toujours	
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu besoin d'uriner moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu une interruption du jet d'urine c'est à dire démarrage de la miction puis arrêt puis redémarrage ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, après avoir ressenti le besoin d'uriner, avec quelle fréquence avez vous eu des difficultés à vous retenir d'uriner ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet d'urine ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
	Jamais	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois	
Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif le matin ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 – 7 = léger</li> <li>• 8 – 19 = modéré</li> <li>• 20 – 35 = sévère</li> </ul>							Total = IPSS :

Évaluation de la qualité de vie liée aux symptômes urinaires								
	Très satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Partagé (ni satisfait, ni ennuyé)	Plutôt ennuyé	Ennuyé	Très ennuyé	
Si vous deviez vivre le restant de votre vie avec cette manière d'uriner, diriez-vous que vous en seriez :	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>

## ANNEXE 5



**ORDRE NATIONAL DES MEDECINS**  
**Conseil National de l'Ordre**

### SERMENT D'HIPPOCRATE

*« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »*

Caroline JOUEN

# **INFLUENCE DE LA FEMINISATION DE LA MEDECINE GENERALE FACE A L'EXPRESSION DES TROUBLES DE LA SEXUALITE MASCULINE**

Rouen, le 28 février 2018

## **RESUME**

La société évolue, la population vieillit et la démographie médicale change.

Les femmes sont de plus en plus présentes en médecine générale (47%), ce qui modifie complètement l'image du médecin généraliste. Les modes d'exercice changent, l'approche de la médecine est différente et les relations médecin/patient évoluent. Cependant ces modifications ne sont pas uniquement liées à la féminisation.

La santé sexuelle des patients hommes est aussi devenue un sujet de plus en plus présent en médecine générale notamment avec l'avènement de la chirurgie prostatique, et de l'andropause d'autre part.

L'espérance de vie augmente ainsi que la qualité de vie, une sexualité épanouie fait partie des critères de celle-ci. Les hommes souhaitent pouvoir parler de sexualité avec leur médecin sans crainte du jugement.

Ce travail a donc pour but d'évaluer l'influence de la féminisation de la médecine générale sur l'expression des troubles sexuels masculins.

Cette étude montre que la féminisation influence peu l'expression des troubles sexuels masculins, c'est plutôt la relation de confiance médecin /patient qui entre en jeu.

Cependant l'on note dans les différentes études que c'est un sujet encore trop peu abordé en médecine générale avec des craintes côté médecin et côté patient, alors que la demande de prise en charge de ses troubles est réelle et en augmentation.

Le médecin généraliste a donc un rôle important et légitime en termes de sexualité. Une meilleure formation des médecins généralistes ainsi qu'une meilleure information des patients sur les troubles et les possibilités de prise en charge ne seront que bénéfiques pour la promotion de la santé sexuelle comme le définit l'OMS.

## **MOTS CLES**

Médecin généraliste -féminisation-femme médecin-sexualité-hommes- troubles sexuels-troubles de l'érection

## **JURY**

Professeur J.N. CORNU

Professeur E. MAUVIARD

Docteur J. LADNER

Directrice de thèse : Docteur S. RAPP

Université de ROUEN -UFR de médecine et Pharmacie